

Johanna Savolainen

RYHMÄVOIMAA! – LIIKUNTANEUVONTARYHMÄ
PARKINSONIN TAUTIA SAIRASTAVILLE JA
AIVOVERENKIERTOHAIRIÖN SAIRASTANEILLE

Fysioterapian koulutusohjelma

2011

RYHMÄVOIMAA! – LIIKUNTANEUVONTARYHMÄ PARKINSONIN TAUTIA SAIRASTAVILLE JA AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖN SAIRASTANEILLE

Savolainen, Johanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fyioterapiahan koulutusohjelma
Marraskuu 2011
Ohjaaja: Keckman, Marjo
Sivumäärä: 44
Liitteitä: 18

Asiasanat: Parkinsonin tauti, aivoverenkiertohäiriöt, terveyden edistäminen, liikuntaneuvonta

Tämä opinnäytetyö toteutettiin osana Suomen Parkinson-liitto ry:n yhdessä Aivoliitto ry:n kanssa hallinnoimaa Ryhmävoimaa! – hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää ja levittää ryhmämuotoista liikuntaneuvontaa erityisryhmille. Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa Porissa valmentavaa ohjaustyyliä painottava liikuntaneuvonnan pilotti-ryhmä, jonka kohderyhmänä olivat terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvat Parkinsonin tautia sairastavat ja aivoverenkiertohäiriön sairastaneet henkilöt. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää liikuntaneuvontaryhmän vaikutus osallistujien liikunta-aktiivisuuteen sekä motivaatioon, tuottaa liikunta-aiheista materiaalia hankkeen käyttöön sekä selvittää, miten tarkoituksenmukaista on opastaa kahteen eri neurologiseen sairausryhmään kuuluvia samassa ryhmässä. Opinnäytetyön tavoitteena oli projektista saatujen kokemusten hyödyntäminen tulevissa Ryhmävoimaa! – ryhmissä sekä uusien erityisryhmille kohdennettujen liikuntaneuvontaryhmien perustamisessa.

Ryhmään haettiin osallistujia monen eri tahon kautta. Ryhmän kooksi muodostui yhdeksän osallistujaa ja kaksi ohjaajaa. Kahden tunnin tapaamisia oli viikon välein yhteensä kuusi kertaa. Seitsemäs tapaaminen eli kontrolli tapaaminen järjestettiin kolmen kuukauden päästä kuudennessa tapaamiskerrasta, joten kestoltaan liikuntaneuvontaryhmä oli yhteensä 4,5 kuukautta. Tapaamisissa tavoitteena oli liikuntaharrastuksen aloituksen tukeminen tutustumalla liikuntapalveluihin ja –lajeihin. Ohjauskerroilla keskeistä oli toiminta, tekeminen ja keskustelut sekä vertaistuki, terveysliikunnasta pidettiin ytimekkäitä tietoisuuksia. Ohjauksen tukena käytettiin valmentavaa ohjaustyyliä, motivaatiojanoja, liikuntapäiväkirjaa, liikuntasuunnitelmia, liikunta-aiheisia kotitehtäviä, soveltavaa liikuntapiirakkaa, tietoisuina kirjallista materiaalia kotiin, esitteitä ja kuvallisia ohjeita.

Osallistujien motivaatio liikkumiseen nousi ryhmätapaamisten aikana, mutta laski kuudennen kerran ja kontrollitapaamisen välillä. Siitä huolimatta suurin osa osallistujista lisäsi liikuntaansa ja koki kuntonsa kohentuneen neuvonnan aikana. Liikuntaneuvontamalli ja ohjaustyyli olivat toimivia. Kahteen eri sairausryhmään kuuluvia pystyi hyvin ohjaamaan samassa ryhmässä. Motivaatiojanat olivat helppo ja halpa tapa arvioida ryhmää, lisäksi muu materiaali toimi ohjausta tukevana.

Tulevaisuudessa on tarvetta tämän tyyppisille ryhmille, sillä väestön ikääntyessä odotetaan myös Parkinsonin tautia sairastavien sekä aivoverenkiertohäiriöiden li-

sääntyvän. Ryhmämuotoinen toiminta tuottaa säästöjä yhteiskunnalle, mutta ryhmäkoon pysyessä riittävän pienenä mahdollistaa se osallistujien huomioon myös yksilöinä.

GROUP POWER! – PHYSICAL ACTIVITY COUNSELLING GROUP FOR PEOPLE WITH STROKE AND PARKINSON'S DISEASE

Savolainen, Johanna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Physiotherapy

November 2011

Supervisor: Keckman, Marjo

Number of pages: 44

Appendices: 18

Key words: Parkinson's disease, stroke, health promotion, physical activity counselling

This Bachelor's thesis was carried out as a part of a project Group Power! administered by The Finnish Parkinson Association together with The Stroke Association. The project's purpose is to develop and distribute physical activity counselling for special groups. The purpose of this thesis was to plan and implement a piloting physical activity counselling group in Pori for persons with Parkinson's disease or stroke who do not exercise adequately for one's health. Furthermore, the purpose was to find out the effect of the physical activity counselling group on participants' physical activity level and motivation, to produce sport-related material for the project and to determine how appropriate it is to guide people with two different neurological diseases in the same group. The aim of this thesis was to utilise the experiences of the project in future Group power! –groups and in founding new counselling groups targeted for special groups.

The participants for the group were searched in many ways. The group size finalised as nine participants and two instructors. Two hour meetings took place once a week in total of six times. The seventh meeting (control meeting) was held three months after the sixth meeting, thus the total duration of the physical activity counselling group was 4,5 months. The aim of the meetings was to support participants to start a hobby by familiarising them with different kind of sports and sport services. During the meetings the essential component was action, activity and conversations as well as peer support. Additionally short and pithy lectures concerning health enhancing physical activity were organised. Coaching guidance style, motivational scales, exercise diaries, exercise plans, sport-related homework, adapted physical activity pie, written fact sheets to take home, brochures and visual instructions were used to support the guidance.

During the physical activity counselling group meetings participants' motivation increased, but decreased between the sixth meeting and the control meeting. In spite of that most of the participants increased the amount of their physical activity or felt that their condition improved during the counselling. The exercise counselling model and the guidance style worked well. Instructing people with two different neurological diseases in the same group did not cause any problems. Motivational scales were easy and cheap way to assess the group with other material additionally supporting the guidance.

In the future there is a need for this kind of groups as the population is aging and it is expected that the amount of people who suffer from Parkinson's disease and stroke will also increase. Group counselling activities bring savings to the society, and when the size of the group is small enough, it allows paying attention to participants as individuals as well.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	9
3	LIIKUNTANEUVONTARYHMÄN OHJAUS.....	9
3.1	Ryhmämuotoinen liikuntaneuvonta	9
3.2	Valmentava ohjaustyyli ja motivoiminen.....	10
3.3	Ikääntyneet ja terveysliikunta.....	11
4	PARKINSONIN TAUTI.....	13
4.1	Parkinsonin taudin vaikutus toimintakykyyn ja elämänlaatuun.....	13
4.2	Parkinsonin tauti ja liikunta.....	15
5	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ ELI AVH	17
5.1	AVH:n vaikutus toimintakykyyn ja elämänlaatuun	19
5.2	AVH ja liikunta	20
6	PROJEKTIN TOTEUTUS	23
6.1	Liikuntaneuvontaryhmän kokoaminen.....	24
6.2	Käytetyt mittarit ja arviointimenetelmät	25
6.3	Ryhmän sisältö ja tavoitteet	26
7	TULOKSET	29
7.1	Alkukyselyjen tulokset.....	30
7.2	Loppukyselyjen tulokset.....	31
7.3	Puhelinkontaktit ja kontrollitapaamisen kyselyjen tulokset.....	32
7.4	Kotitehtävät ja liikuntasuunnitelma.....	34
7.5	Osallistujien motivaation kehittyminen liikuntaneuvonnan aikana	35
8	POHDINTA.....	38
	LÄHTEET	42
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriö ja Parkinsonin tauti ovat molemmat neurologisia sairauksia, jotka alentavat henkilön toimintakykyä ja aktiivisuutta (Eng, Pang, & Ashe 2008; Goodwin, Richards, Taylor, Taylor & Campbell 2008, 631–639). Osallistumiseen fyysiseen aktiivisuuteen ihmisillä, joilla on jokin toiminnan vaje, vaikuttaa monitekijäinen joukko esteitä ja helpottajia jotka ovat ainutlaatuisia tälle potilasryhmälle. Huolimatta todisteista, jotka osoittavat säännöllisen liikunnan hyödyt terveydelle ja toimintakyvylle, ihmiset, joilla on jokin toiminnan vaje sitoutuvat paljon epätodennäköisemmin fyysisesti aktiiviseen elämäntapaan kuin ihmiset, joilla ei ole vammaa. (Rimmer 2004, 419–425.) Tutkimusten mukaan aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden ja Parkinsonin tautia sairastavien henkilöiden tasapainoa, lihasvoimaa, hapenottokykyä ja fyysistä toimintakykyä voidaan kuitenkin parantaa liikunnan avulla. Tutkimuksissa on myös viittauksia siihen, että liikuntainterventiot voisivat parantaa kyseisten henkilöiden elämänlaatua.

Terveyden edistämisen tarkoituksena on terveyskäyttäytymisen muutoksen kautta ehkäistä sairauksia tai lisätä elämänlaatua ja hyvinvointia. Oman terveyden hallinta ja parantaminen ovat asioita, joihin terveyden edistämisellä pyritään. (Paronen & Nupponen 2011, 187, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 9.) Osa terveyden edistämistä on liikunnan edistäminen niissä tilanteissa, joissa liikunnan avulla pyritään parantamaan väestön tai rajatun ihmisryhmän terveydentilaa, toimintakykyä ja hyvinvointia. Terveyttä edistää mainiosti päivittäinen perusliikunta sekä hieman rasittavampi kuntoliikunta. Kuitenkin suuri osa väestöstä ei ole halukas tai kykenevä kuntoliikuntaan, jolloin väestön fyysisen aktiivisuuden edistämisen kannalta perusliikunnalla on suurin mahdollisuus parantaa kansanterveyttä. Terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvia on väestöstä huomattava osa, ja juuri he hyötyisivät eniten liikunnan terveysvaikutuksista. (Fogelholm & Oja 2011, 70.) Terveysliikunnan hyötyjen kannalta oleellista on säännöllisyys. Tämän takia terveysliikunnan edistämisen tavoitteena onkin usein liikuntatottumusten pysyvä muutos. Muutos vie usein kauan

aikaa, joten lyhyen aikavälin tavoitteita voivat olla esimerkiksi kiinnostuksen herääminen tai asenteen muuttuminen. (Aittasalo & Vasankari 2011, 197.)

Suomessa terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta ja valtion ravitsemusneuvottelukunta yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa ovat valmistelemassaan periaatepäätöksessä asettaneet terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon edistämisen päätavoitteet vuosille 2008–2011. Yhdeksi päätavoitteeksi on kirjattu, että terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien määrä kasvaa ja liikunnasta syrjäytyneiden määrä vähenee. Terveysliikuntaa edistetään muun muassa yksilöitä ja yhteisöjä tukemalla, kannustamalla ja ohjaamalla sekä varmistamalla, että terveyttä edistävän elämäntavan pohjaksi kaikilla väestöryhmillä on riittävästi tietoa ja taitoa. Ikääntyneiden kohdalla keskeistä on niiden toimien kehittäminen, jotka lisäävät toimintakykyisten ja terveiden elinvuosien määrää ja laatua. Ikääntyneille suunnitellut palvelut tulisivat olla tarpeitten mukaisia ja niissä tulisi ottaa huomioon erityisesti toimintakyvyltään heikkenemässä olevat ikääntyneet. Näitä palveluja kunnan eri sektorit voivat kehittää yhdessä muiden toimijoiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 4–6, 12–13.)

Tämä opinnäytetyö on osa Ryhmävoimaa! -hanketta ja sen tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa Porissa liikuntaneuvonnan pilotti-ryhmä. Hanke on Suomen Parkinson-liitto ry:n hallinnoima yhteishanke Aivoliitto ry:n kanssa, jonka tarkoituksena on kehittää ja levittää ryhmämuotoista liikuntaneuvontaa erityisryhmille. Ryhmiin kuuluvat aivoverenkiertohäiriön sairastaneet ja Parkinsonin tautia sairastavat, jotka eivät liiku terveytensä kannalta riittävästi. Hankkeen ensimmäisenä pilottikuntana toimii Pori, jonka jälkeen liikuntaneuvontaryhmä on tarkoitus käynnistää Vaasassa ja Mikkelissä sekä myöhemmin mahdollisesti myös Seinäjoella ja Kolarissa vuosien 2010–2012 aikana. Yhteistyökumppaneina toimivat Parkinson- ja Aivohalvaus – yhdistykset, liikunta-, sosiaali- ja terveystoimi, oppilaitokset sekä valtakunnallisesti Soveltava Liikunta SoveLi ry ja Suomen Vammaisurheilu ja -liikunta VAU ry. Hankkeen päärahoittajana toimii Opetus- ja kulttuuriministeriö. Hankkeen tavoitteina on saada ryhmämuotoinen liikuntaneuvonta osaksi kunnan terveystoimintapalveluja, työstää ja julkaista ryhmämuotoista liikuntaneuvontaa tukevia materiaaleja, lisätä poikkihallinnollista ja alueellista yhteistyötä, hyödyntää järjestöjen osaamista sekä selvittää, onko

tarkoituksenmukaista opastaa samassa ryhmässä kahteen eri neurologiseen sairausryhmään kuuluvia. (Suomen Parkinson-liiton www-sivut 2011.)

2 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämä opinnäytetyö on osa Ryhmävoimaa! – hanketta, ja sen tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa valmentavaa ohjaustyyliä painottava liikuntaneuvontaryhmä liikunnallisesti passiivisille kahteen eri neurologiseen sairausryhmään kuuluville henkilöille. Opinnäytetyön tavoitteena on projektista saatujen kokemusten hyödyntäminen tulevissa Ryhmävoimaa! – ryhmissä sekä uusien erityisryhmille kohdennettujen liikuntaneuvontaryhmien perustamisessa, sekä liikunta-aiheisen materiaalin tuottaminen hankkeen käyttöön.

Projektin keskeisimmät tutkimuskysymykset:

1. Miten kyseinen liikuntaneuvontamalli sekä valmentavan ohjaustyyli soveltuvat ko. erityisryhmille?
2. Miten liikuntaneuvontaryhmä vaikuttaa osallistujien liikunta-aktiivisuuteen ja motivaatioon?
3. Onko tarkoituksenmukaista opastaa kahteen eri neurologiseen sairausryhmään kuuluvia samassa ryhmässä?

3 LIIKUNTANEUVONTARYHMÄN OHJAUS

3.1 Ryhmämuotoinen liikuntaneuvonta

Ryhmämuotoisessa liikuntaneuvonnassa yksilön kannalta merkitsevää on etenkin vertaistuki, joka voi jo sinällään synnyttää motivaatioita ja helpottaa uusien asioiden oppimista. Lisäksi se tuo säästöjä yhteiskunnalle. (Turku 2007, 87–89.) Ryhmän

koon tulisi olla sellainen, että ohjaaja pystyy olemaan vuorovaikutuksessa koko ryhmän kanssa, mutta myös jokaisen osallistujan kanssa erikseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 18). Jotta ryhmäläisiä voi huomioida tarpeeksi hyvin yksilöinä, on ryhmäkoon oltava riittävä pieni, noin 8-12 henkilöä. Silloin on mahdollista motivoida kutakin ryhmäläistä omaan työskentelyyn ja vastuunottoon itsestään ryhmään sitoutumisen rinnalla. (Turku 2007, 87–89.) Jos ryhmäläisten liikunta- ja toimintakyky ovat huomattavasti heikentyneet, sopiva ryhmäkoko on tätäkin pienempi, 5-10 henkilöä. Liian iso ryhmäkoko vaikuttaa myös turvallisuuteen, sillä ison ryhmän ollessa kyseessä ei ohjaaja ehdi havainnoimaan kaikkia. Tällöin tulisi lisätä ohjaajien tai avustajien määrää. Ryhmäläisten toiveet ja toimintakyky ovat asioita, jotka on otettava huomioon ryhmiä suunniteltaessa, jotta kaikki pystyisivät aktiivisesti osallistumaan ja tilanne olisi miellyttävä. Ihmisiä kannustaa liikkumaan itselle mieluinen liikuntamuoto. Jotta tämä toteutuisi, on ohjaajan osattava kuunnella ryhmäläistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 14, 17–18.)

Liikuntaneuvonnassa tuetaan asiakasta tekemään vähitellen myönteisiä muutoksia liikkumistottumuksiinsa ja autetaan löytämään oma tapa tehdä niitä. Liikuntaneuvonnan tavoite riippuu asiakkaan lähtökohdista, ja voi aluksi olla vain asenteiden muokkaaminen tai kiinnostuksen herättäminen. Seuranta auttaa saavuttamaan pysyvämpiä tuloksia, ja useat asiakkaat tarvitsevat sitä vähintään puolen vuoden ajan. (Terveysportin www-sivut 2011.)

3.2 Valmentava ohjaustyyli ja motivoiminen

Valmentavan ohjaustyylin taustalla on voimaantumisen (empowerment) käsite. Se tarkoittaa ohjattavan omien voimavarojen käyttöönottoa häntä itseään koskevien ongelmien ratkaisuihin. Ohjaaja on mahdollistaja, joka antaa tarvittavaa tietoa. Hän tukee ohjattavan omia päätöksiä ja rohkaisee, jotta ohjattavan oma voimantunto lisääntyy ja hän kokee, että hänellä on vapaus tehdä elämäntapojaan koskevat päätökset itse. Tätä kautta ohjattava saa myös mahdollisuuden motivoitua, häntä ei pakoteta tai käsketä siihen. Ohjaajan tulee muistaa, ettei voi tehdä muutoksia toisen puolesta. Loppukädessä valinnan elämäntapamuutoksen tekemisestä tekee ohjattava itse, hä-

nellä on mahdollisuus tehdä se, mutta myös mahdollisuus olla tekemättä. (Turku 2007, 21–23, 41–42.)

Motivointia ajatellen aiemmin tuli jo esille ryhmä, jossa vertaistuki voi synnyttää motivaatiota, sekä se, että motivoitumiseen ei voi pakottaa, vaan sen on lähdeittä itsestä. Motivaatiota voi myös lisätä harjoitteiden perusteleminen, jolloin niillä on jokin tarkoitus. Esimerkiksi reisilihasharjoituksen voi perustella sillä, että henkilö jaksaa nousta tuolilta ylös. Harjoitteiden tulisi olla tarpeeksi haastavia, mutta kuitenkin sellaisia, että jokainen saisi onnistumisen kokemuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 28.) Tiedon jakaminen ei kuitenkaan ole riittävä tuki muutokseen. Ohjaajan on tärkeää luoda ryhmän ilmapiiri sellaiseksi, että se mahdollistaa tilanteen, jossa vuorovaikutus ja motivoiminen sekä motivoituminen on mahdollista. (Turku 2007, 34, 36.) Kun jokainen ryhmäläinen hyväksytään mukaan sellaisena kuin on ja ryhmähenki on hyvä, on ryhmään mukava tulla ja asioita uskaltaa jakaa muiden kanssa. Ohjaajan innostava ja rohkaiseva ohjausasenne edesauttaa hyvän ilmapiirin syntymistä.

Neurologisten ryhmien ohjaukseen ja motivointiin luo haastetta sairauden mahdollisesti aiheuttamat toiminnanohjaus- ja visuospatiaaliset häiriöt, ryhdin ja liikuntakyvyn muutokset sekä mielialan ja muistin ongelmat (Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin www-sivut 2011; Koivisto 2005, 636, 662). Toisaalta näiden seikkojen myötä tulee ohjaukseen ja motivointiin kiinnittää entistä enemmän huomiota. Ryhmävoimaa! -liikuntaneuvontaryhmän ohjaukseen on valittu käytettäväksi valmentava ohjaustyyli.

3.3 Ikääntyneet ja terveysliikunta

30-vuotiaista 30 %:lla on jokin pitkäaikaissairaus ja 75–84-vuotiaista enää noin 15 % on terveitä. Ikääntyessä monisairastavuus yleistyy, ja 75-vuotiailla onkin keskimäärin kaksi pitkäaikaissairautta. (Heikkinen 2008, 403.) Fyysinen inaktiivisuus yhdessä sairauksien kanssa heikentää lihasvoimaa, hapenottokykyä, tasapainoa, nivelliikkuvuuksia, havaintomotoriikkaa ja kehon koostumusta. Tämä taas altistaa monille toiminnanrajoitusten synnylle. Tämän takia ikääntyneillä liikunnan harrastamisen ensi-

sijainen tavoite onkin sairauksien seurauksien ehkäisy ja hallinta, ei niinkään sairauksien ennaltaehkäisy. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 29.)

Terveyskuntoon kuuluu kestävyys eli aerobinen kunto, liikkeen hallinta ja tasapaino eli motorinen kunto, lihasvoima- ja kestävyys, nivelten liikkuvuus ja luun vahvuus eli tuki- ja liikuntaelimistön kunto, sopiva paino ja vyötärön ympäryys sekä yleinen terveys. Fyysistä aktiivisuutta, joka tehokkaasti ja turvallisesti kehittää tai ylläpitää terveyskuntoa, voidaan kutsua terveystoiminnaksi. Minimimääräksi terveydelle riittävälle fyysiselle aktiivisuudelle on annettu mielellään joka päivä tapahtuva vähintään 30 minuuttia kestävä liikkuminen. Teholtaan sen tulisi olla reipasta kävelyä vastaava, toisin sanoen kohtuullisesti kuormittavaa. Vaihtoehtoisesti voi liikkua kolme kertaa viikossa rasittavammin, vähintään 20 minuuttia kerrallaan. Nämä kaksi edellistä voi myös yhdistää, ja kohtuullisesti kuormittavan liikunnan jakaa lyhyempiin vähintään 10 minuutin pätkiin. Merkittävien terveyshyötyjen saamiseksi aikuisten tulisi liikkua viikossa yhteensä 2h 30min kohtuullisen kuormituksen tasolla, tai 1h 15min rasittavasti. Vähäinenkin liikunta on kuitenkin parempi, kuin fyysinen passiivisuus. Lisää terveyshyötyjä saadaan 5h kohtuullisesti kuormittavalla liikunnalla viikossa, tai 2h 30 minuutilla rasittavaa liikuntaa. Edelleen kohtuullisesti kuormittavaa sekä rasittavaa liikuntaa voidaan yhdistää, ja aktiivisuuden pitäisi kestä vähintään 10 minuuttia kerrallaan. Lisäksi liikunnan tulisi jakautua tasaisesti viikolle, ja kestävyysharjoittelun lisäksi tulisi kahdesti viikossa harjoittaa lihaskuntoa sekä liikehallintaa. (Fogelholm, Oja 2011, 71–75.)

Ohjatussa terveystoiminnassa harjoitetaan ihmisen fyysistä toimintakykyä, mutta tämän lisäksi otetaan huomioon osallistujien psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 13). Riittävällä fyysisellä aktiivisuudella voidaan lisätä toimintakykyä ja parantaa koettua terveyttä, tukea psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä lieventää ja ehkäistä sairauksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 6; Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen 2008, 458). Ikääntyneille suunnatun ohjatun terveystoiminnan tulisi olla miellyttävää, monipuolista, turvallista, kannustaa oma-aloitteisuuteen, itsenäisyyteen ja rohkeuteen sekä kehittää toimintakykyä. Toimintakykyä edistää säännöllinen, usein toistuva liikunta, joka on sopivasti ja riittävästi kuormittavaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 13.)

4 PARKINSONIN TAUTI

Parkinsonin tauti on parantumaton ja etenevä neurologinen sairaus. Suomessa on noin 12 000 Parkinson potilasta, joista valtaosa on yli 50-vuotiaita. Taudin yleisyys kasvaa iän myötä ja keski-ikä sairastuneilla onkin noin 70 vuotta. (Kotila & Palomäki 2006, 605.) Miehet sairastuvat jonkin verran useammin, kuin naiset (Kaakkola & Marttila 2006, 216). Parkinsonin tautia sairastaa maailmanlaajuisesti peräti viisi miljoonaa ihmistä (Chen 2010, S87).

Parkinsonin tauti johtuu keskiaivojen alueella sijaitsevien mustatumakkeiden dopamiinihermosolujen vähittäisestä tuhoutumisesta. Tästä aiheutuu välittäjäaine dopamiinin puutos. Hermosoluja tuhoutuu myös laajemmin autonomisessa hermostossa ja aivorungossa sekä subkortikaalisissa ja kortikaalisissa rakenteissa. Syytä tautiin ei tiedetä, eikä parantavaa hoitoa ole. Lääkehoidolla oireita voidaan kuitenkin lievittää. (Koivisto 2005, 662–663.)

Parkinsonin tautia sairastavien sairauskulut ovat kaksinkertaiset verrattuna henkilöihin, joilla ei ole Parkinsonin tautia. Väestön ikääntyessä myös Parkinsonin tautia sairastavien määrän odotetaan kasvavan. Siten voidaan odottaa taudin vaativan merkittäviä suoria ja epäsuoria sairauskustannuksia palveluntarjoajille, potilaille ja heidän perheilleen sekä yhteiskunnalle, kun ottaa huomioon Parkinsonin taudin etenevän luonteen, siihen liittyvän invaliditeetin ja merkittävän hoitotyön tarpeen sairauden myöhemmissä vaiheissa. (Chen 2010, S87, S91.)

4.1 Parkinsonin taudin vaikutus toimintakykyyn ja elämänlaatuun

Keskeisimmät liikeoireet alkavat yleensä epäsymmetrisesti ja etenevät vähitellen. Niitä ovat harvafrekvenssinen lepovapina, alkuun etenkin toisessa yläraajassa, ja se tulee selvimmin esille raajan ollessa levossa. Raajaa aktivoitaessa vapina vähenee ja nukkuessa se häviää. Lihaskäkykyys eli rigiditeetti on alussa usein myös selkeämmin toisella puolella kehoa. Liikkeiden hidastuminen vaikeuttaa tahdonalaisten liikkeiden suorittamista ja esimerkiksi liikkeelle lähtöä. Kasvojen ilmeet vähenevät, puhe voi

muuttua monotoniseksi ja käsiala pienenee. (Koivisto 2005, 662,663.) Ryhti kumartuu ja kävellessä myötäliikkeet vähenevät sekä askelpituus lyhenee. Kävellessä jalat ovat yhdessä ja Parkinsonin tautia sairastava voi raahata jalkojaan eli ”hiihtää” tai kävellä kiirehtien. Eteenpäin kaatumisen estämiseksi on otettava tiheästi askelia. (Soinila, Launes 2006, 70.) Potilas voi myös esimerkiksi kynnystä ylittäessään jähmettyä paikoilleen useiksi sekunneiksi tai minuuteiksi jääden liikuntakyvyttömäksi. Tasapainon heikkenemisen myötä käänöksissä voi esiintyä epävarmuutta ja kaatumisia saattaa tapahtua. Parkinsonin tauti etenee hitaasti, ja lopulta potilas tulee yhä riippuvaisemmaksi toisen henkilön avusta ja joutuu loppuvaiheessa vuodepotilaaksi. (Kaakkola & Marttila 2006, 218–219.)

Suurella osalla potilaista taudin edetessä ilmenee henkisen toiminnan heikkenemistä. Dementian yleisyydeksi on arvioitu 30–40% poikkileikkaustutkimuksissa, seuranta-tutkimuksissa jopa 80 %. (Erkinjuntti, Rinne, Alhainen & Soininen 2006, 378.) Muita oireita voivat olla masennus, joka on Parkinson potilailla varsin yleistä, autonomisen hermoston häiriöt, joita voi olla muun muassa ummetus ja hikoilu, ja hajuaistin heikkeneminen. Myös unihäiriöitä esiintyy silloin tällöin. Kaikki oireet eivät kuitenkaan esiinny kaikilla ja taudin eteneminen on yksilöllistä. (Koivisto 2005, 662–663.) Parkinsonin tauti vaikuttaa merkittävästi terveyteen liittyvään elämänlaatuun (health-related quality of life) niin potilailla kuin heidän omaishoitajillaan. Ei-motorisilla oireilla, kuten depressiolla, unettomuudella ja muilla mielenterveyden ongelmilla näyttää olevan suurempi negatiivinen vaikutus terveyteen liittyvään elämänlaatuun kuin motorisilla vajavaisuuksilla. Potilailla, joiden sairaus on kohtalainen tai kehittynyt, terapiat, jotka viivästyttävät askelluksen ja tasapainon häiriöiden alkamista ja kognitiivisia häiriöitä mahdollistavat potilaiden itsenäisen toimimisen pidemmän aikaa. Siten ne vähentävät kustannuksia ja säilyttävät terveyteen liittyvää elämänlaatua. (Chen 2010, S90.)

Parkinsonin tautia sairastavilla asennon epävakaisuus (postural instability) ja liikevaukset johtavat useammin kaatumisiin ja niistä aiheutuneisiin vammoihin kuin neurologisesti terveillä henkilöillä. Tutkimukset viittaavat siihen, että suurelle osalle Parkinsonin tautia sairastavista kehittyy sairauden aikana ongelmia asennon epävakaisuuden ja kaatumisien takia. On myös johdonmukaisia raportteja siitä, että asennon epävakaisuus on ratkaiseva tekijä koetussa invaliditeetissa ja se yhdessä kaatu-

misien kanssa kasvattavat sairastavuutta ja kuolleisuutta. (Dibble, Addison & Papa 2009, 14–15.)

Fyysinen aktiivisuus vähenee iän myötä ja tämä edistää toiminnallista rappeutumista. Parkinsonin tautia sairastavien on todettu vähentävän fyysistä aktiivisuuttaan nopeammin kuin heidän terveet ikätoverinsa ja heidän voimatasonsa ja toimintakykynsä ovat matalammat. Lihashyökköus ei ole vain ikääntymisen ja inaktiivisuuden toissijainen seuraus, mutta myös Parkinsonin taudin ensisijainen oire. Sairaus edistää myös tasapainon heikkenemistä, kaatumisia ja invaliditeettia. Parkinsonin tautia sairastavat saavat kaatumisen seurauksena lonkkamurtuman kolme kertaa todennäköisemmin verrattuna terveisiin henkilöihin. (Goodwin ym. 2008, 631–639.)

Kuntoutuksella on tärkeä merkitys Parkinsonin taudin oireiden lievityksessä lääkehoidon ohella. Fysioterapiassa tavoitteena on ylläpitää normaalia liikkumista, pystyasentoa ja nivelten liikelaajuuksia. Tapaturma- ja kaatumisalttiuteen on kiinnitettävä erityisesti huomiota. Tarvittaessa puheterapeutti kuntouttaa vaikeutunutta puhetta ja toimintaterapeutti yläraajojen toimintoja. (Kotila & Palomäki 2006, 605.)

4.2 Parkinsonin tauti ja liikunta

Lääkehoidon lisäksi keskeistä Parkinsonin taudin hoidossa on liikunta. Omaehtoisen liikunnan tavoitteena on ehkäistä Parkinsonin taudin aiheuttamia virheasentoja ja pitää yllä yleiskuntoa ja omatoimisuutta. (Koivisto 2005, 663.) Clinical Journal of Sport Medicine-lehdessä julkaistussa katsauksessa haluttiin tietää, onko liikunnalla vaikutusta Parkinsonin tautia sairastavien kuolleisuuteen, voimaan, tasapainoon, liikkuvuuteen ja päivittäisiin toimiin. Kaikissa katsaukseen hyväksytyissä tutkimuksissa todettiin, että liikunta parantaa toimintakykyä. Tämä tukee sitä, että Parkinsonin tautia sairastavat voivat parantaa fyysistä suorituskyykyään ja päivittäisiä toimintojaan liikunnan avulla. (Crizzle 2006, 422–425.)

Systemaattiseen katsaukseen, missä tutkittiin liikuntainterventioiden tehokkuutta satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa, jotka oli tehty Parkinsonin tautia sairastaville, oli hyväksytty mukaan 14 tutkimusta. Tutkimuksissa interventioiden pi-

tuus kokonaisuudessaan oli 10–52 viikkoa. Interventiot sisälsivät esimerkiksi venytelyä, aerobista harjoittelua, voima- ja tasapainoharjoittelua tai kävelyharjoittelua. Kuudessa tutkimuksessa käytettiin ryhmämuotoista harjoittelua ja kahdeksassa yksilöharjoittelua. Katsauksessa todetaan, että liikunta on tehokas parantamaan fyysistä toimintakykyä ja terveyteen liittyvää elämänlaatua, alaraajojen voimaa, tasapainoa ja kävelyä. Yhä useammat todisteet tukevat myös fysioterapian vaikuttavuutta. Tällä hetkellä on riittämättömästi näyttöä tukemaan tai kumoamaan harjoittelun vaikutusta kaatumisten tai depression vähentämiseen. (Goodwin ym. 2008, 631–639.)

Systemaattisessa katsauksessa, jossa tutkittiin harjoittelun vaikutusta Parkinsonin tautia sairastavien tasapainoon, otettiin huomioon toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) osa-alueet. Osa-alueet ovat ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet, suoritukset, osallistuminen, yksilötekijät ja ympäristötekijät. Katsaukseen oli hyväksytty 21 tutkimusta. Kuusitoista arvioitiin kokonaan. 16 tutkimuksesta 11:ssä fysioterapeutti toteutti harjoitusintervention ja 14 tutkimusta tuotettiin polikliinisia potilaille. Kaikissa kuudessatoista tutkimuksessa tuloksia arvioitiin heti intervention jälkeen, kuitenkin vain seitsemässä toteutettiin myöhempi seuranta pysyvien hyötyjen havainnoimiseksi. Seurannan kesto oli kahdesta viikosta vuoteen. Viidessätoista tutkimuksessa oli selvästi tarjottu jonkinlaista tasapainoharjoittelua. Kaikki tutkimukset olivat heterogeenisiä tyyppin, intensiteetin, liikunnan useuden ja liikunnan keston osalta. Katsauksen tuloksena oli, että ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet osa-alueelta saatiin kohtalaista näyttöä siitä, että fyysinen aktiivisuus ja harjoittelu parantavat asennon epävakaisuutta henkilöillä, joilla on lievä tai keskivaikea Parkinsonin tauti. Suoritukset osa-alueella on kohtuullista näyttöä, joka tukee fyysisen aktiivisuuden ja harjoittelun interventioiden olevan tehokkaita parantamaan tasapainoa vaativia harjoitteita henkilöillä, joilla on lievä tai keskivaikea Parkinsonin tauti. Osallistumisen osa-alueella näiden henkilöiden elämänlaadun parantamiseen fyysisellä aktiivisuudella ja harjoittelulla on rajoitusti näyttöä. Lisäksi on vain siihen viittaavia löydöksiä, että yllä mainitut interventiot vaikuttaisivat tapauksiin, joissa henkilö tuntee kaatuvansa, muttei kuitenkaan kaadu eli läheltä piti – tilanteisiin, sekä kaatumisiin. (Dibble, Addison & Papa 2009, 14–15, 18.)

Ashburn, Fazakarley, Ballinger ym. tutkivat puoli vuotta kestäneessä satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessaan kotiharjoitteluohjelman vaikutusta vähentämään kaatumisen riskiä Parkinsonin tautia sairastavilla. Ensimmäisen kuuden viikon ajan fysioterapeutti kävi viikoittain testiryhmän henkilöiden kotona. Fysioterapeutti asetti arvioinnin jälkeen hoidon tavoitteet yhdessä osallistujan kanssa ja opetti harjoitusvalikosta harjoitteet. Harjoitusvalikko oli suunniteltu progressiivisesti eteneväksi. Se koostui polven ja lonkan ojentajien ja lonkan loitontajien lihasten vahvistamisesta, nilkan, lantion kallistuksen, vartalon ja pään liikkuvuudesta, staattisista, dynaamisista ja funktionaalisista tasapainoharjoituksista sekä ulkona ja sisällä kävelemisestä. Fysioterapeutti opetti myös strategioita kaatumisten ehkäisemiseksi sekä liikkumisen aloittamiseksi sekä tasapainotukseksi. Liikkeet valittiin yksilöllisesti osallistujien tason mukaan ja mahdollisuuksien mukaan niitä kehitettiin jokaisella käynnillä. Yksi käynti kesti noin tunnin. Osallistujia pyydettiin suorittamaan harjoitukset päivittäin ja pitämään kirjaa harjoituksista. Kuuden viikon alustavan hoitojakson jälkeen fysioterapeutti piti osallistujiin yhteyttä kuukausittain puhelimitse. Puhelinsoittojen tarkoituksena oli rohkaista osallistujia jatkamaan harjoituksia ja tarjota mahdollisuus puhua esille nousseista ongelmista. Kontrolliryhmä sai tavallista hoitoa, joka suurimmalla osalla koostui kontaktista paikalliseen sairaanhoitajaan. (Ashburn, Fazakarley, Ballinger, Pickering, McLellan & Fitton 2007, 678, 680-683.)

Tutkimuksen tuloksena saatiin suuntaus vähempiin kaatumisiin henkilöillä, jotka saivat fysioterapeutilta kotiohjelman ja ohjeita liikkumisen strategioihin. Erot ryhmien välillä eivät olleet merkitseviä. Kuitenkin harjoitteluryhmässä olleista henkilöistä huomattavasti harvempi koki tilanteita, joissa tunsikaatumansa, mutteikaantumisen, kuin kontrolliryhmässä. Harjoittelulla oli myös positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun. (Ashburn ym. 2007, 680–683.)

5 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ ELI AVH

Aivohalvaukset johtuvat aivoinfarktista eli verisuonen tukoksesta tai aivoverenvuodosta (Meretoja, Kaste, Roine, Linna, Juntunen & Häkkinen 2010, 65). Vuosit-

tain Suomessa sairastuu aivoverenkiertohäiriöihin (AVH) noin 14 000 ihmistä, joista neljännes on työikäisiä. Aivoverenkiertohäiriöihin kuolee vuosittain noin 5000 henkilöä, ja aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2006, 271.)

Aivoverenkiertohäiriöt voidaan jakaa iskeemisiin aivoverenkiertohäiriöihin sekä valtimovuotoihin. Iskemia tarkoittaa paikallista aivokudoksen verettömyyttä ja valtimovuoto taas paikallista aivovaltimon verenvuotoa. Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt voidaan edelleen jakaa ohimeneviin iskeemisiin kohtauksiin (TIA) ja aivoinfarktiin. Valtimovuodot taas jaetaan edelleen aivoverenvuotoihin eli vuotoon valkeaan aineeseen ja subarahnoidaalivuotoihin (SAV) eli vuotoon lukinkalvonalaisen tilaan. Aivoverenkiertohäiriöistä noin 80 % on infarkteja, reilu 10 % aivoverenvuotoja ja alle 10 % lukinkalvonalaisia vuotoja. (Kaste ym. 2006, 271–272.)

Koska suurin osa aivoverenkiertohäiriöistä on infarkteja, tarkoittavat ”aivohalvauksen” riskit yleensä aivoinfarktin riskejä. TIA-kohtauksen saaneista 30–40% saa aivoinfarktin viiden vuoden kuluessa. Ikä on suuri riskitekijä; riski kaksinkertaistuu aina kymmentä ikävuotta kohti. Naiset sairastuvat harvemmin kuin miehet, mutta vanhemmissa ikäluokissa erot tasaantuvat. Aivoinfarktin riskiä lisäävät myös kohonnut verenpaine, sydänsairaudet, diabetes, tupakointi, korkea kolesteroli ja alkoholin runsas käyttö. Joissakin tutkimuksissa suurentuneeseen aivohalvauksen vaaraan ovat myös liittyneet ylipaino ja fyysisen aktiivisuuden vähäisyys. Kohonnut verenpaine, tupakointi, aivovaltimon aneurysma ja antikoagulanttihoito ovat aivoverenvuodon riskitekijöitä. (Kaste ym. 2006, 282–284.)

Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat vuosittain mielenterveyden häiriöiden ja dementian jälkeen kolmanneksi eniten kustannuksia sairauden- ja terveydenhuollolle (Kaste ym. 2006, 271). Kustannukset johtuvat erityisesti pitkistä hoitoajoista sekä erityisosaamisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeesta. Akuutti- sekä jatkokuntoutus vaativat paljon henkilöstöä. Lisäksi moni työikäinen ei enää sairastumisen jälkeen palaa työelämäänsä. Aivohalvauspotilaan ensimmäisen vuoden hoitokustannukset per potilas ovat keskimäärin 20 000 euroa ja hoito sairastumisesta kuolemaan asti maksaa keskimäärin 80 000 euroa. Valtakunnallisesti uusien ja vanhojen aivohalvauspotilaiden

vuotuiset kokonaiskustannukset ovat 1,1 miljardia euroa. (Meretoja ym. 2010, 65–68). Aivoverisuonisairauksien aiheuttamien kuolemien ja työkyvyttömyyden takia menetetään Suomessa vuosittain 16 500 työvuoden panos (Fogelholm, Rissanen & Nenonen 2001, 3565).

Korkea ikä on aivohalvauksen iso vaaratekijä, johon ei voida vaikuttaa. Ikääntyneiden määrä on Suomessa lisääntymässä, ja sen odotetaan lisäävän myös aivohalvauksen määrää. Vuoden 1997 lopulla yli 74-vuotiaita naisia oli koko naispuolisesta väestöstä 9 % ja miehiä vastaavasti 4 %. Tässä väestönosassa tapahtui kaikista naisten aivohalvaustapauksista 66 % ja kaikista miesten 35 %. Tämän ikäryhmän halvauksista naisille tapahtui 73 %. (Lehtonen, Salomaa, Immonen-Räihä, Sarti, Mähönen, Torppa & Sivenius 2005, 3391, 3393.) Aivohalvausten ilmaantuvuudesta on olemassa kaksi eri arviota. Sairastavuuden pysyessä vuoden 2000 tasolla, jolloin ensimmäisen aivohalvauksen saaneita arvioitiin olevan 11 500, ja jos vähenevä suuntaus ilmaantuvuudessa pysähtyy, voi se kaksinkertaistaa sairastuneiden määrän vuoteen 2030 mennessä. Jos taas suuntaus jatkuu yhtä edullisena kuin vuosina 1983–97, ja riskien hallinta sekä hoitokäytännöt jatkuvasti tehostuvat, lukumäärä olisi vuonna 2030 12 100 potilastapausta väestön vanhenemisesta huolimatta. (Sivenius, Torppa, Tuomilehto, Immonen-Räihä, Kaarisalo, Sarti, Kuulasmaa, Mähönen, Lehtonen, & Salomaa 2010, 1699, 1704.)

5.1 AVH:n vaikutus toimintakykyyn ja elämänlaatuun

Aivoverenkiertohäiriöstä selviytyneistä puolelle jää pysyvä haitta, eli se aiheuttaa enemmän laatupainotteisten elinvuosien menetystä kuin mikään muu sairaus. Myöhemmin kotonaan selviytyy noin 70 % sairastuneista ja työelämään palaa viidennes. (Kaste ym. 2006, 271.) Liettuassa tehdyssä tutkimuksessa saatiin selville, että aivoverenkiertohäiriö heikensi merkittävästi tutkittavien tunne-elämän tilaa ja rajoitti heidän päivittäisiä toimintojaan. Tutkimusryhmä oli kooltaan 508 henkilöä, jotka olivat iältään 25–84 vuotta ja selvinneet ensimmäisestä aivoverenkiertohäiriöstään. Kontrolliryhmässä oli 508 satunnaisesti valittua henkilöä, joilla ei ollut ollut AVH:ta. Elämänlaatua suhteessa terveyteen, päivittäisiin toimiin ja tunne-elämän tilaan arvioitiin kyselylomakkeella. Vain 1 % AVH:sta selvinneistä arvioi terveytensä erittäin

hyväksi, kun kontrolliryhmässä vastaava luku oli 24,4 %. Heikoksi tai välttäväksi terveytensä arvioi 78,9 % AVH:n saaneista, kontrolliryhmän vastaava luku oli 26,2 %. Terveys rajoitti merkittävästi aktiivisuutta 35,2 %:lla AVH:n saaneista ja 3,5 %:lla kontrolliryhmän henkilöistä. Viimeisen neljän viikon aikana terveydentila tai tunne-elämän ongelmat vaikeuttivat sosiaalista elämää suurimman osan ajasta tai hieman ajasta 19,3 %:lla AVH:n saaneilla ja 1,6 %:lla kontrolliryhmästä. Verrattuna iän, sukupuolen tai sairauksien suhteen, joita olivat verenpainetauti, sydäninfarkti, diabetes ja ohimenevä aivoverenkiertohäiriö, AVH:lla oli suurin negatiivinen vaikutus sosiaaliseen elämään, se aiheutti surua ja rajoitti merkittävästi toimimista kotona. (Krančiukaitė-Butylkinienė, Rastenytė, Jurėnienė, & Jančaitytė 2009, 896.)

5.2 AVH ja liikunta

Aivohalvaus on johtava syy pitkäaikaiselle invaliditeetille, 90 %:lla sairastaneista on jonkinlaisia toiminnallisia rajoitteita, esimerkiksi lihasheikkoutta, kipua, spastisuutta, kognitiivisia häiriöitä, huono tasapaino ja toistuvia kaatumisia. Nämä häiriöt voivat johtaa aktiivisuuden vähenemiseen ja vähän liikkuvaan elämäntapaan, joka taas edesauttaa toiminnan vähenemistä ja invaliditeettia. Harjoittelua on tyypillisesti käytetty AVH:sta toipumisen aikana motorisen toiminnan parantamiseksi. Viime aikoina harjoittelua on käytetty myös parantamaan sydän- ja verenkiertoelimistön kuntoa, jotta välttyttäisiin sekundaarisilta komplikaatioilta kuten aivohalvauksen uusiminen tai sydänsairaudet. (Eng ym. 2008.)

Suositukset aerobisesta liikunnasta aivoverenkiertohäiriöistä selvinneille American Heart Associationin mukaan ovat 50 % -80 % maksimisykkeestä, 3-7 päivänä viikossa, 20–60 minuuttia kerrallaan tai useassa 10 minuutin pätkässä. Tavoitteena on itsenäisyyden lisääminen, kävelynopeuden lisääminen, fyysisen rasituksen sietokyvyn parantaminen ja sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksien riskien alentaminen. Jotta kunto vastaisi paremmin päivittäisten toimien vaatimuksia, voimaharjoittelu on hyvä lisä. Voimaharjoittelun voi toteuttaa kiertoarjoitteluna, vapailla painoilla tai kuntosalilaitteilla isometrisinä harjoitteina. Sarjoja tulisi olla 1-3, joissa harjoitteita yhteensä 8-10 isoimmille lihasryhmille. Toistoiksi suositellaan 10–15. Harjoittelu tehdään 2-3 kertaa viikossa. Voimaharjoittelun tavoitteena on itsenäisyyden lisääminen.

Samana päivänä suositellaan tehtäväksi koordinaatio- ja tasapainoharjoitteita, jotka parantavat turvallisuutta päivittäisiä toimia suoritettaessa. Venyttelyä suositellaan liikelaajuuksien ylläpitämiseksi ja kontraktuurien ehkäisemiseksi 2-3 kertaa viikossa, venytyksiä pidetään 10–30 sekuntia. Liikunnan intensiteetti, kesto ja taajuus riippuvat kunkin potilaan kunnosta. (Gordon, Gulanick, Costa, Fletcher, Franklin, Roth & Shephard 2004, 2031-2041.)

Meta-analyysissä, jossa tutkittiin aerobisen harjoittelun vaikutuksia AVH:n sairastaneilla, polkupyöräergometri oli yleisin harjoittelumuoto. Muita harjoittelumuotoja olivat juoksumatolla kävely sekä yhdessä tutkimuksessa käytettiin askeltamisen, reippaan kävelyn ja istumasta seisomaannousu -harjoituksen yhdistelmää. Yhdessä tutkimuksessa harjoitus tehtiin vedessä. Harjoittelun teho vaihteli 50 % ja 80 % välillä sykereservistä. Harjoittelu-aika oli 20–40 minuuttia 3-5 päivänä viikossa. Yhteensä tutkimuksissa, joita oli yhdeksän kappaletta, oli 480 koehenkilöä. Kaikki tutkimukset raportoivat positiivisista vaikutuksista aerobiseen kapasiteettiin, riippumatta toipumisen vaiheesta. (Pang, Eng, Dawson & Gylfadóttir 2006, 97–111.)

Quaney ym. raportoi aerobisen harjoittelun hyödyistä AVH-potilaiden motoriikalle sekä kongtiviisille toiminnoille. 38 henkilön testiryhmä oli jaettu kahteen ryhmään. Toinen ryhmä teki kahdeksan viikon ajan ylä- ja alaraajojen venytyksiä kotona, kolme kertaa viikossa, 45 minuuttia kerrallaan. Toinen ryhmä teki aerobista harjoittelua kuntopyörällä, sykkeen ollessa 70 % maksimista. Harjoittelun tehoa lisättiin progressiivisesti. Harjoitusmäärä oli sama, kuin edellisellä ryhmällä. Aerobinen harjoittelu paransi hapenottoa, nopeutti tietojenkäsittelyä, motorista oppimista ja motoriikkaa. Harjoittelu paransi lisäksi alaraajojen liikkuvuutta ja sensomotorista oppimista sekä kognitiivista suoritustekoa. (Quaney, Boyd, McDowd, Zahner, He, Mayo & Macko 2009, 879–885.)

Ada ym. sai systemaattisessa katsauksessa selville, että voimaharjoittelu-interventiot lisäävät voimaa, parantavat aktiivisuutta eivätkä lisää spastisuutta. Progressiivisesti etenevissä vastusharjoittelu interventioissa kesto oli 2-12 viikkoa, harjoittelu tapahtui 3-5 päivänä viikossa ja 30–90 minuuttia kerrallaan. (Ada, Dorsch & Canning 2006, 241, 243.)

Yläraajan heikkous AVH:n jälkeen on yleistä ja jopa 40 % ei pysty käyttämään kättä toiminnallisesti päivittäisten toimien yhteydessä. Tutkimukset osoittavat, että riittävä yläraajan voima on yhteydessä kykyyn suorittaa riittävästi monia päivittäisiä askareita. Meta-analyysiin, jonka tuloksena oli, että voimaharjoittelu voi AVH:n jälkeen parantaa yläraajan voimaa ja toimintaa ilman tonuksen kohoamista tai kipua, oli hyväksytty 14 tutkimusta. Suurimmassa osassa tutkimuksista käytettiin hyväksi isotonista harjoittelua, joka tarkoittaa dynaamista lihastyötä. Harjoittelu tehtiin vastuskuminauhoilla ja vapailla painoilla. Keskimäärin harjoittelua oli yksi tunti päivässä, 2-3 kertaa viikossa neljän viikon ajan. Neljässä tutkimuksessa ohjelma oli huomattavasti pidempi, 10 ja 19 viikon välillä. Yhdistetyt tulokset osoittivat, että suotuisista vaikutuksista huolimatta voimaharjoittelu ei ollut kuitenkaan tehokas parantamaan päivittäisiä toimia. Päivittäiset toimet koostuvat monimutkaisista liikkeistä jotka vaativat voimaa, liikelaajuuksia ja koordinaatiota. Voi olla, että kaikkia näitä osa-alueita pitäisi harjoittaa, jotta päivittäisiin toimiin saataisiin parannusta. (Harris, Eng 2010, 136–140.)

Heikkojen luiden ja kohonneen kaatumisriskin myötä AVH potilailla on suurentunut riski saada murtumia. Ensimmäisen puolen vuoden aikana AVH:n jälkeen jopa 73 % kaatuu, ja vuoden sisällä heikoista luista johtuvien murtumien riski on 4 % ja kasvaa 15 %:iin viiden vuoden sisällä. Murtumat halvaantuneella puolella ovat yleisimpiä. Yleisin on lonkkamurtuma, jonka määrä on 30 % -45 % murtumista. Toiseksi yleisin on rannemurtuma, 14 % -24 % murtumista. Ei ole tarpeeksi tutkimuksia todistamaan, että harjoittelu vähentää murtumia, mutta on olemassa näyttöä siitä, että harjoittelulla voidaan parantaa luumassaa, vähentää kaatumisia ja parantaa tasapainoa AVH:n jälkeen. Koska murtumariski on AVH potilailla lisääntynyt, tulisi niitä yrittää estää. (Eng ym. 2008.)

Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa arvioitiin ja verrattiin valvottuna ja ilman valvontaa tapahtuneiden voimistelu- ja kunto-ohjelmien tehokkuutta. Valvottu ohjelma kesti 10 viikkoa, kolme kertaa viikossa, 1,5 tuntia kerrallaan. Valvottu ryhmä sisälsivät lämmittelyn, aerobista harjoittelua, voimaharjoittelua ja jäähdyttelyn. Toinen ryhmä sisälsi ensimmäisen viikon aikana kolme kertaa valvottua ohjelmaa, jota seurasi yhdeksän viikkoa kotiohjelman noudattamista ilman valvontaa. Tuloksia arvioitiin 10 viikon, puolen vuoden ja yhden vuoden jälkeen ohjelman loppumisesta.

Tutkimuksessa oli mukana 72 koehenkilöä, joista 27 oli naisia ja 45 miehiä. Keski-ikä oli 64,6 vuotta. Molemmat ohjelmat paransivat 6-minuutin kävelynopeutta merkittävästi, ja tulos säilyi myös 1-vuoden kohdalla. Valvottu ohjelma osoitti suuntauksia suurempiin parannuksiin itse ilmoitetuissa hyödyissä, joka voi johtua valvonnan tukevasta roolista tai sosiaaliseen ryhmään osallistumisesta. (Olney, Nymark, Brouwer, Culham, Day, Heard, Henderson, & Parvataneni 2006, 476–481.)

USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa, jossa tutkittiin liikunnan esteitä aivoverenkiertohäiriön saaneilla, yleisimmät henkilökohtaiset esteet olivat, ettei tiedä, miten harjoitella. Vastaajista 46 % oli tätä mieltä. Toiseksi yleisin oli se, ettei tiedä, missä harjoitella. Tämän oli vastannut 44 %. Sen jälkeen esteenä oli energian puute, 39 % vastaajista, ja motivaation puute, 37 % vastaajista. Harjoittelu ei paranna tilaani vastasi 36 % ja laiskuus esti 33 %:a vastaajista. Ajanpuute oli yksi matalampia esteitä, vain 11 % vastasi sen. Tutkimuksessa käytettiin kyselylomaketta, ja suurin osa vastaajista oli aivohalvauksen saaneita naisia, jotka asuivat suurkaupungissa. (Rimmer, Wang, & Smith 2008, 315–322.)

6 PROJEKTIN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aihe alkoi hahmottua marraskuussa 2010, kun sain kuulla Ryhmävoimaa! – hankkeesta. Ryhmään kaivattiin ohjaajia, ja koska aihe tuntui itsestä mielenkiintoiselta ja opinnäytetyön aihe oli haussa, tartuin tilaisuuteen. Ryhmään haettiin osallistujia loppuvuoden 2010 ja alkuvuoden 2011 aikana, ja ensimmäinen ryhmä käynnistyi 19.1.2011. Kontrolli tapaaminen järjestettiin 26.5.2011, joten kestoaltaan liikuntaneuvontaryhmä oli yhteensä 4,5 kuukautta.

Ryhmänohjaajien taustatukena toimi ohjausryhmä, johon kuului lehtori Satakunnan ammattikorkeakoulusta, Porin kaupungin sosiaaliohjaaja, Porin seudun Parkinson – yhdistyksen liikuntavastaava, Satakunnan aivohalvaus- ja afasiayhdistyksen liikuntavastaava, Porin perusturvan kuntoutusohjaaja sekä Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:n aluesihteri. Ohjausryhmän tehtävänä oli tukea hankkeessa työskenteleviä, auttaa

kohderyhmän tavoittamisessa, tuoda asiantuntijuutta sekä auttaa hanketyön sijoittumista alueelliseen palvelukokonaisuuteen.

6.1 Liikuntaneuvontaryhmän kokoaminen

Porissa hanke toteutettiin yhdessä vapaa-aikaviraston kanssa. Ryhmäläisten rekrytoinnista vastasivat vapaa-aikavirasto, Porin seudun Parkinson-yhdistys ry, Satakunnan aivohalvaus- ja afasiayhdistys ry, Porin Perusturva sekä kotisairaanhoido. Ryhmään etsittiin Parkinsonin tautia sairastavia tai aivoverenkiertohäiriön sairastaneita, jotka eivät liiku terveytensä kannalta riittävästi. Iän tai apuvälineiden käytön perusteella ei ketään rajattu pois. Ryhmään oli myös mahdollista osallistua tulkin, avustajan tai perheenjäsenen/ystävän kanssa. Hanketyöntekijät laativat ryhmästä esittelykirjeen, jossa kerrottiin selkokielellä hankkeesta. Tämä esittely ilmestyi Satakunnan aivohalvaus- ja afasiayhdistyksen sekä Porin seudun Parkinson – yhdistyksen joulukuun alussa 2010 postitetuissa jäsenkirjeissä. Perusturvan henkilöstölle laadittiin käteen annettava esite, jota he voisivat jakaa potentiaalisille osallistujille (Liite 1). Lisäksi hankkeesta tiedotettiin liittojen lehdissä ja ilmaisjakelulehdessä ”Liikuntaa ja nuorisotoimintaa” sekä ammattilaisten kautta Porin seutukunnan alueelle, esimerkiksi kuntoutusohjaajan ja sosiaalityöntekijän kautta. Ryhmän kooksi oli suunniteltu 6-10 henkilöä. Ryhmään osallistuminen oli maksutonta, mutta kuljetuksista oli ryhmäläisten huolehdittava omakustanteisesti.

Ilmoittautumisia ryhmään tuli määräaikaan mennessä 22. Ilmoittautumiset otti vastaan vapaa-aikaviraston erityisliikunnanohjaaja. Ilmoittautumisten yhteydessä otettiin ylös esitiedot (Liite 2), joissa kysyttiin yhteystiedot, sairausryhmä, apuvälineistä sekä nykyisen liikunnan määrä. Ilmoittautuneita ryhmään oli niin paljon, ettei kaikkia voitu ottaa kerralla mukaan. Kaikille haluttiin kuitenkin antaa mahdollisuus osallistua, joten toinen ryhmä suunniteltiin järjestettäväksi myöhemmin keväällä. Ensimmäiseen ryhmään otettiin yhdeksän henkilöä. Jakoa tehtiin liikunnan määrän perusteella, ja ensimmäiseen ryhmään pyrittiin valitsemaan vähemmän liikkuvia henkilöitä.

Ryhmävoimaa-ryhmään ilmoittautui pääosin ikääntyneitä, toiminta- ja liikkumiskyvyltään heikentyneitä ihmisiä. Heidän kohdallaan toimintakyvyn alenemisen riski on

suuri, ja liikuntaharrastuksen aloittamiseen kaivataan tukea. Turvallisuuden kannalta pieni ryhmäkoko on suositeltava. Neuvonta ja eri liikuntamuotojen soveltaminen ovat keskeisessä asemassa liikuntatottumuksia muutettaessa. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004, 18)

6.2 Käytetyt mittarit ja arviointimenetelmät

Ryhmään valituille lähetettiin viikkoa ennen ensimmäistä tapaamista kutsukirje (Liite 3) ja alkukyselyt (Liite 4), joissa kartoitettiin osallistujien sen hetkistä liikuntaaktiivisuutta; mitä liikuntaa, kuinka usein ja kuinka rasittavaa, asioita, jotka estävät liikkumisen, odotuksia ryhmän suhteen sekä omia tavoitteita. Kyselyt oli tarkoitus ottaa mukaan ensimmäiseen tapaamiseen, ja niiden pohjalta käytiin henkilökohtaiset haastattelut. Jos kyselyä ei jostain syystä ollut voinut täyttää tai se oli vain osittain täytetty, täytettiin se yhdessä ohjaajan kanssa loppuun haastattelun yhteydessä.

Henkilökohtaisissa haastatteluissa oli tavoitteena arvioida osallistujan sen hetkisistä liikuntatottumuksista, osallistujan tavoitteista oman liikkumisen sekä ryhmän suhteen sekä arvioida osallistujan valmiutta muutokseen, eli liikkumisen lisäämiseen. Haastattelussa käytettiin avoimia kysymyksiä, refleктоivaa toistoa ja positiivisen palautteen antoa. Avoimet kysymykset antavat osallistujalle itselleen mahdollisuuden kuvailla tilannettaan ja pohtia sitä. Refleктоiva toisto tarkoittaa osallistujan sanojen toistoa, jotta rohkaistaisiin osallistujaa jatkamaan puhetta. Sen on tarkoitus selkiyttää osallistujaa sekä auttaa ohjaajaa luomaan kokonaiskuvaa taustatekijöistä, jotka vaikuttavat osallistujan motivaatioon. Samalla osallistuja kokee tulleen kuulluksi ja mahdollisesti alkaa miettiä asioita syvemmin. Positiivisen palautteen avulla halutaan kannustaa ja luoda hyvä ilmapiiri. Sen avulla ohjaaja voi viestittää että haastattelussa ei ole kyse osallistujan elämäntapojen arvostelusta, vaan hänen omien arviointiensa ja päätöstensä tukemisesta. (Turku 2007, 50–55.)

Ryhmän yleistä motivaatiota liikkumiseen mitattiin janalla, joka kierrätettiin joka ryhmäkerran alussa (Liite 5). Kysymys oli mikä on motivaatiosi liikkumisen suhteen tällä hetkellä ja 20cm pitkän janän vasemmassa päässä luki ”erittäin matala”, ja oikeassa päässä ”erittäin korkea”. Ryhmäläiset merkitsivät pystyviivalla kohdan, joka

kuvasi heidän motivaatiotaan liikkumiseen sillä hetkellä. Kaikki merkitsivät viivan samalle janalle. Ryhmäkertojen lopussa kartoitettiin ryhmän mielekkyyttä ja motivaatiota omaan liikkumiseen sillä hetkellä niin ikään janoilla, jotka olivat 10cm pitkiä (Liite 6). Samantyyllisiä janoja käytettiin Satakunnan ammattikorkeakoulun organisoimassa Terveysliikunnan palveluketju terveyssektorilla – projektissa, mutta niitä muokattiin Ryhmävoimaa! – ryhmään sopiviksi (Törne, Tuominen & Keckman, 2008.) Ryhmätuokion mielekkyys – janan vasemmassa päässä luki ”ei ollenkaan mielekäs” ja oikeassa päässä ”erittäin mielekäs”. Motivaatio omaan liikkumiseen tällä hetkellä -janan vasemmassa päässä luki ”erittäin matala” ja oikeassa päässä ”erittäin korkea”. Janoille merkattiin jälleen pystyviiva ja jokainen sai oman paperin täytettäväksi. Näin pystyi seuraamaan myös yksilöiden motivaation muuttumista sekä ryhmien sisällön mielekkyyttä.

Kuudennella tapaamisella ryhmäläiset täyttivät loppukyselyn (Liite 7), jossa kartoitettiin liikunta-aktiivisuus sekä täytyivätkö odotukset ryhmän sekä omien tavoitteiden suhteen. Kontrollitapaamisella kyselylomakkeella (Liite 8) kartoitettiin jälleen liikunta-aktiivisuutta, mutta kysyttiin myös onko liikkuminen muuttunut viimeisen puolen vuoden aikana sekä pyydettiin kommentteja ryhmän ohjauksesta. Alku- ja loppukyselyt saatiin suoraan hankkeelta. Kontrollitapaamisen kyselylomake taas oli opinnäytetyön tekijän laatima. Näiden ohella ryhmää arvioitiin havainnoiden, osallistujilta saadun palautteen, osallistumisaktiivisuuden sekä liikuntasuunnitelmien noudattamisen avulla.

6.3 Ryhmän sisältö ja tavoitteet

Ryhmä kokoontui kerran viikossa yhteensä kuusi kertaa 19.1.–2.3.2011 välisenä aikana. Yhden kerran kesto oli noin kaksi tuntia. Ryhmän kokoontumispaikka riippui kokeiltavasta lajista. Ryhmän ohjauksesta vastasi Porin kaupungin vapaa-aikaviraston erityisliikunnanohjaaja yhdessä fysioterapeutti opiskelijan kanssa. Ohjaajat saivat hankkeelta ohjelmarungon, jossa oli ehdotelma ryhmätapaamisten sisällöstä ja kokeiltavista lajeista. Ohjaajat muokkasivat runkoa ryhmäläisten toiveiden mukaan ja tuottivat tarvittavan materiaalin ohjauksen tueksi. Ohjauksessa käytettiin haastatteluja, havainnointia, liikuntakokeiluja, vertaistukea, ryhmäkeskusteluja ja

valmentavaa ohjaustyyliä. Ohjauksen tukena käytettiin ohjaajien tekemiä motivaatiojanoja, liikuntapäiväkirjaa (Liite 9), liikuntasuunnitelmia (Liite 10 ja 11), tietoisuina kirjallista materiaalia kotiin (Liite 12 ja 13), esitteitä, muun muassa toimintavälineistä (Liite 14) sekä kuvallisia ohjeita (Liite 15 ja 16). Lisäksi käytettiin soveltavaa liikuntapiirakkaa (Liite 17), aikatauluja esimerkiksi erityisliikunnan ryhmistä ja kirjallisena liikunta-aiheisia kotitehtäviä (esitetty Taulukossa 1). Ohjelmarunko on esitetty Liitteessä 18.

Tapaamisissa tärkeää oli liikuntaharrastuksen aloituksen tukeminen tutustumalla liikuntapalveluihin ja –lajeihin. Ohjauskerroilla keskeistä oli toiminta, tekeminen ja keskustelut, terveysliikunnasta pidettiin ytimekkäitä tietoisuuksia. Myös tekemisen lomassa annettiin vinkkejä ja ohjeita. Ohjauskertojen tavoitteet ja keinot on esitelty Taulukossa 1. Viimeisellä kerralla sovittiin kontrollitapaaminen kolmen kuukauden päähän. Viimeisen ryhmätapaamisen ja kontrollitapaamisen välisenä aikana osallistujat toteuttivat itse tekemäänsä liikuntasuunnitelmaa. Itsenäisen jakson puolella välissä sovittiin jokaiselle osallistujalle soittoaika, jolloin voisi kertoa kuulumisia ja puhua mahdollisista esille nousseista ongelmista. Samalla ohjaajalla olisi mahdollisuus kannustaa ja motivoida osallistujia noudattamaan liikuntasuunnitelmaansa.

Ryhmätapaamiset aloitettiin kierrättämällä motivaatiojana, johon ryhmäläiset merkitsivät sen hetkisen motivaationsa liikkumiseen. Samalla kerrottiin edellisen viikon kuulumiset. Tämän jälkeen pidettiin yleensä liikunta-aiheinen tietoisuus, esimerkiksi kokeiltavasta lajista tai liikunnan vaikutuksista. Sitten oli vuorossa liikuntakokeilu. Liikuntakokeilun jälkeen keskusteltiin edellisestä kotitehtävästä ja annettiin kotitehtävä pohdittavaksi seuraavaa kertaa varten. Loppukahvien aikana sai keskustella vapaasti, mutta mielellään pyrittiin virittelemään liikunta-aiheisia keskusteluja tai purettiin ryhmäkerran aikaansaamia tuntemuksia.

Taulukko 1. Liikuntaneuvontaryhmän ohjauskertojen sisältö

Ohjauskerrat	Ohjauskerran tavoite	Keinot
Ensimmäinen ohjauskerta ke 19.1. nuorisotalolla klo. 14.30–16.30	Hankkeeseen, ohjaajiin, ohjaustyyliin ja muihin ryhmäläisiin tutustuminen Positiivisen ilmapiirin luominen	Hankkeen ja ohjaustyylin esittely, ohjaajien ja ryhmäläisten esittely-kiertos Kannustaminen, kaikkien hyväksyminen omana itsenään

	<p>Ryhmäläisten tavoitteiden kar- toittaminen</p> <p>Motivointi ryhmään, liikunta- kokemuksen saaminen</p> <p>Kotitehtävä: pohtia omaa liik- kumista: mikä saa liikkumaan, nauttiiko siitä, onko joitain es- teitä, jotka estävät liikkumisen.</p>	<p>Henkilökohtaiset haastattelut</p> <p>Soveltavien sisäpelien kokeilu, tuolijumppa +kotiohjeet, lop- pukahvit</p> <p>Annettiin kirjallisena</p>
<p>Toinen ohjauskerta ke 26.1. nuorisotalolla klo. 14.30–16.30</p>	<p>Kotitehtävän läpikäynti</p> <p>Liikunnan myönteisistä vaiku- tuksista kertominen</p> <p>Liikkumiskokemuksen saami- nen</p> <p>Kotitehtävä: liikuntapäiväkirjan täyttö</p>	<p>Ryhmäkeskustelu</p> <p>Tietoisku, kirjallisen materiaa- lin jako ja keskustelua</p> <p>Tasapainoharjoitukset +kotiohjeet</p> <p>Liikuntapäiväkirjan antaminen, ohjeistus täyttämiseen</p>
<p>Kolmas ohjauskerta ke 2.2. nuorisotalolla klo. 14.30–16.30</p>	<p>Kotitehtävän läpikäynti</p> <p>Liikkumiskokemuksen saami- nen</p> <p>Liikuntasuunnitelman tekemi- nen ja tavoitteiden asettelu</p> <p>Erityisliikunnan esittely</p> <p>Ystäväpalvelun esittely</p> <p>Kotitehtävä: kahden viikon liikuntasuunnitelman noudat- taminen</p>	<p>Keskustelu pienryhmissä</p> <p>Haastavampia tasapainoharjoit- teita, venyttely ja venyttelyoh- jeet kotiin</p> <p>Opastus kahden viikon liikun- tasuunnitelman tekemiseen</p> <p>Vapaa-aikaviraston erityislii- kunnanohjaaja antoi tietoa avustajakortista, matalan kyn- nyksen ryhmistä, kuljetuspalve- lusta ja tapahtumista</p> <p>Esittelijä SPR:stä</p> <p>Itse tehty kirjallinen suunnitel- ma</p>
<p>Neljäs ohjauskerta ke 9.2. kun- tosalilla klo. 13.30–15.30</p>	<p>Liikuntasuunnitelman siihenas- tisen toteutumisen arviointi</p> <p>Voimaharjoitteluun perehtymi- nen</p> <p>Liikuntapaikkaan ja - lajiin tutustuminen</p> <p>Kotitehtävä; pohdintaa: millais- ta liikuntaa haluaisin harrastaa, kuinka usein minulla on siihen mahdollisuudet, viikoittainen ajankäyttö</p>	<p>Keskustelu</p> <p>Tietoisku</p> <p>Tutustuminen tiloihin ja kun- tosalilaitteisiin yhdessä, kierto- harjoittelu</p> <p>Annettiin kirjallisena</p>
<p>Viides ohjauskerta ke 16.2. uimahallilla klo. 13.30–15.30</p>	<p>Tiloihin tutustuminen</p>	<p>Tutustuminen yhdessä</p>

	Liikuntakokemuksen saaminen	Ohjattu vesijuoksu ja vesijumppa
	Kotitehtävän purkaminen	Keskustelu
	Kotitehtävä: uuteen lajiin itsenäisesti tutustuminen	Annettiin kirjallisena
Kuudes ohjauskerta ke 2.3. keilahallilla klo. 14.30–16.30	Kotitehtävän purkaminen	Keskustelu
	Liikuntakokemuksen saaminen	Keilaus
	Kolmen kuukauden liikuntasuunnitelman tekeminen ja tavoitteiden asettelu	Kirjallisena, ohjaajat tarvittaessa apuna
	Loppukyselyt	Lomake
	Itsenäisen harjoittelujakson yhteydenpidosta sopiminen	Sovittiin soittoajat, mahdollista pitää yhteyttä myös sähköpostilla
Kontrollitapaaminen to 26.5. nuorisotalolla klo 14 eteenpäin	Kuulumiset	Keskustellen
	Kertaus: mitä tehtiin	PowerPoint esitys + valokuvat
	Työkaluja tulevaan	Jaettavan materiaalin esittely: soveltava liikuntapiirakka, erityisryhmien kuntopäivyri, lehti liikuntaa ja nuorisotoimintaa Porissa kesä 2011

7 TULOKSET

Ryhmään osallistui yhdeksän henkilöä, joista neljä oli naisia ja viisi miehiä. Iältään he olivat 63–74 vuotta, ka 68 vuotta. Kaksi sairasti Parkinsonin tautia ja loput olivat aivoverenkiertohäiriön sairastaneita. Osallistujat olivat saaneet tiedon ryhmästä monen eri tahon kautta. Kaksi oli saanut tiedon vapaa-aikaviraston lehdestä, kaksi sukulaiselta, yksi perusturvan ilmoitustaululta, yksi sosiaalihojaajalta, yksi yhdistyksen kautta ja yksi liikunta/terveystoimesta. Yhdeltä ryhmäkerralta puuttui kaksi osallistujaa, toinen flunssan ja toinen allergian takia. Muilta kerroilta ei kukaan ollut poissa. Kyselyihin vastasivat kaikki yhdeksän osallistujaa.

7.1 Alkukyselyjen tulokset

Alkukyselyissä kartoitettiin syitä ryhmään hakeutumiselle. Listasta sai merkitä useamman vaihtoehdon. Suurimmat syyt ryhmään hakeutumiselle olivat motivaation saaminen liikuntaan, muiden vastaavassa tilanteessa olevien tapaaminen ja ohjeiden saaminen liikuntaan. Nämä kaikki oli merkitty neljä kertaa. Seuraavaksi isoin syy oli jatkon saaminen kuntoutukselle, jonka oli merkinnyt kolme henkilöä. Monipuolisuutta lisätäkseen, uusia kokemuksia saadakseen ja kotona pidempään selviytyäkseen oli jokainen merkitty kaksi kertaa. Yksi henkilö merkitsi syyksi liikunnan lisäämisen ja yksi huonon tasapainon.

Alkukyselyiden mukaan eniten harrastettiin kävelyä/ulkoilua, vastaajista kuusi henkilöä, sen jälkeen asiointikävelyä, kotijumppaa ja kuntosalia, joita harrasti vastaajista neljä henkilöä. Kolme vastaajista harrasti pyöräilyä ja vesivoimistelua. Kaksi harrasti puutarhanhoitoa/pihatöitä sekä sauvakävelyä. Yksi vastaajista harrasti bocciaa.

Vastaajista kuusi harrasti liikuntaa päivittäin ja kolme 2-3 kertaa viikossa. Liikunnan rasittavuus oli kolmen mukaan kevyttä, yhden mukaan hieman rasittavaa, kahden mukaan keskitehoista ja yhden mukaan melko rasittava. Neljän henkilön liikuntasuorituksen kesto yhdellä kertaa oli alle 30 min, kolmen henkilön tunnin ja kahden henkilön 30 min-2 h.

Eniten liikkumista vaikeuttivat fyysiset rajoitteet sekä kaatumisen pelko, joissa molemmissa oli neljä vastaajaa. Saamattomuuden laitto syyksi kolme vastaajaa, kyyti-ongelmat kaksi, liikuntakaverin puutteen, mielialan ja ympäristön esteellisyyden valitsi jokaisen yksi vastaajista. Yhtä vastaajista ei rajoittanut mikään. Tavoitteina eri henkilöillä olivat tanssimaan oppiminen, vertaistuki, kotona selviytyminen, tasapainon parantaminen, notkeus, liikunnan lisääminen, entiseen kuntoon pääseminen, kuntoutuminen ja lihaskunnon parantaminen.

Ensimmäisellä kerralla tehdyissä henkilökohtaisissa haastatteluissa pyydettiin osallistujia kuvailemaan tämän hetkisiä liikuntatottumuksiaan sekä asettamaan tavoitteet ryhmän suhteen. Monen tavoitteet olivat liian suuria, kuten ”päästä entiseen kuntoon”, joten osallistujia pyydettiin miettimään pienempiä, konkreettisia tavoitteita.

Tavoitteita tarkastettiin ryhmän aikana, esimerkiksi liikuntasuunnitelman tekemisen yhteydessä. Myös soittoaikojen yhteydessä kysyttiin, onko osatavoitteet saavutettu. Lisäksi pyydettiin osallistujaa arvioimaan valmiuttaan liikunnan lisäämiseen. Esille nousi laiskuus, joka estää liikkumisen. Monilla oli motivaatiota liikunnan lisäämiseen, mutta esimerkiksi tiedon puutteen koettiin olevan estävä tekijä. Myös lyhyt aika sairastumisesta esti liikunnan lisäämisen kahden henkilön kohdalla.

7.2 Loppukyselyjen tulokset

Loppukyselyt suoritettiin kuudennella tapaamiskerralla. Kyselylomake oli sama kuin alussa. Loppukyselyiden mukaan eniten harrastettiin kävelyä/ulkoilua, joissa kaikissa oli kahdeksan vastaajaa, toiseksi eniten kuntosaliharjoittelua, jonka merkitsi seitsemän vastaajaa ja kolmanneksi eniten kotijumppaa, jonka vastaavasti oli merkinnyt kuusi vastaajaa. Viisi vastaajista harrasti puutarhanhoitoa/pihatöitä. Vesivoimistelua, tuolijumppaa ja asiointikävelyä harrasti kutakin neljä vastaajista. Sauvakävelyä harrasti kolme henkilöä. Lisäksi jokaista seuraava lajia harrasti yksi henkilö: pyöräily, boccia, tanssi, porraskävely, venyttely ja tasapainoharjoitukset. Alkukyselyihin verrattuna liikuntalajeja harrasti useampi henkilö sekä liikuntalajien määrä oli lisääntynyt viidellä.

Vastaajista seitsemän ilmoitti harrastavansa liikuntaa päivittäin, eli yksi henkilö enemmän kuin alkukyselyissä. Kaksi harrasti liikuntaa 2-3 kertaa viikossa. Kaksi vastaajista kuvaili liikunnan rasittavuutta kevyeksi, kaksi vastaajista keskitehoiseksi, melko rasittavaksi yksi ja neljä vastaajista ilmoitti, että ”hengästyy”. Vastauksista päätellen liikunnan rasittavuus oli muuttunut rasittavammaksi ryhmän aikana. Liikuntasuorituksen kesto yhdellä kertaa oli edelleen neljällä vastaajista alle 30 minuuttia, kahdella vastaajista tunnin, kun sen alussa oli kolmella, ja kahdella vastaajalla 30min-1h. Liikuntasuorituksen kesto oli nyt useammalla vähän lyhyempi.

Eniten liikkumista vaikeuttivat fyysiset rajoitteet, saamattomuus ja kuljetus/kyytiongelmät, joissa kaikissa oli kolme vastaajaa. Liikuntakaverin puutteen merkitsi kaksi vastaajista. Samoin kaatumisen pelon, kun sen alkukyselyissä oli merkinnyt neljä vastaajista. Kahta vastaajista ei rajoittanut mikään. Mieliala ja ympäris-

tön esteellisyys rajoitti alussa yhtä vastaajista, mutta nyt ei ketään. Liikkumisen estävät tekijät olivat siis vähentyneet verrattuna alkukyselyihin (Taulukko 3).

Taulukko 3. Asiat, jotka vaikeuttavat tai estävät liikkumista alku- ja loppukyselyn hetkellä.

Mitkä asiat vaikeuttavat tai estävät liikkumistanne?	Alkukysely	Loppukysely
Fyysiset rajoitteet	4	3
Kaatumisen pelko	4	2
Saamattomuus	3	3
Mieliala	1	0
Ei pidä liikunnasta	0	0
Ympäristön esteellisyys	1	0
Liikuntakaverin puute	1	2
Ei sopivia liikuntapaikkoja	0	0
Kuljetus/kytyt ongelmat	2	3
Ei mikään	1	2

Kaikki olivat tyytyväisiä liikuntalajeihin ja -paikkoihin, joihin ryhmässä tutustuttiin. Kaikkien muiden paitsi yhden odotukset ryhmän suhteen toteutuivat, koska hän olisi kaivannut enemmän harjoitteita. Kahden henkilökohtainen tavoite ei toteutunut. Toinen ei liikkunut niin paljon, kuin olisi halunnut. Toisen polvikipu rajoitti liikkumista, joten hän ei päässyt niin hyvään kuntoon, kuin olisi halunnut.

7.3 Puhelinkontaktit ja kontrollitapaamisen kyselyjen tulokset

Viimeisen ryhmätapaamisen ja kontrollitapaamisen välillä oli aikaa kolme kuukautta, minkä aikana osallistujat suorittivat tekemäänsä liikuntasuunnitelmaa. Puoleen väliin itsenäistä harjoittelujaksoa oli sovittu soittoaajat. Jokaiselle oli varattu keskustelu-aikaa 15 minuuttia. Soittaessaan osallistujille ohjaaja kysyi kuulumisia ja onko harjoitusohjelma edennyt suunnitellusti. Ohjaaja kysyi myös, mikä on ollut helppoa ja mikä vaikeaa suunnitelmaa toteutettaessa. Lisäksi ohjaaja kysyi onko osallistuja päässyt ensimmäiseen asettamaansa tavoitteeseen, sillä jokaiselle itsenäisen harjoittelun kaudelle oli asetettu oma tavoite. Kaikki osallistujat olivat seuranneet tekemäänsä liikuntasuunnitelmaa, vaikkakin kahta osallistujaa oli hieman haitannut flunssa ja

yhtä polvikipu. Kaksi osallistujaa oli ostanut itselleen uusia liikuntavälineitä, niitä oli muun muassa kuminauha, käsipainot ja hyppynaru. Osallistajat olivat päässeet melko hyvin ensimmäiseen tavoitteeseen, ja keskustelua syntyi keinoista, joilla pääsisi seuraavan tavoitteeseen. Venytyksistä muistutettiin lähes kaikille osallistujille, yksi osallistuja oli lisännyt venytykset itse ohjelmaansa. Lisäksi kehoitettiin lepäämään tai käymään lääkärissä, jos tuli flunssaa tai muita vaivoja. Osallistujista oli mukavaa, että he saivat keskustella ohjaajan kanssa ja kertoa kuulumisia.

Kontrollitapaamisen kyselyistä selvisi, että kävelyä/ulkoilua harrasti kaikki vastaajista. Puutarhanhoitoa/pihatöitä teki viisi vastaajista. Kuntosalilla kävi kolme ja venyttelyä ja pyöräilyä harrasti kaksi vastaajaa. Kotijumppaa, bocciaa, vesivoimistelua, uintia ja porraskävelyä harrasti kutakin yksi vastaajista. Lajeja oli nyt neljä vähemmän, kuin loppukyselyissä, mutta saman verran, kuin alkukyselyissä. Lajit on havainnollistamisen vuoksi kerätty taulukkoon 2.

Taulukko 2. Liikuntamuotojen harrastaminen alku-, loppu- ja kontrollitapaamisen kyselyn hetkellä.

Mitä liikuntaa harrastat tällä hetkellä?	Alkukysely	Loppukysely	Kontrollitapaamisen kysely
Asiointikävely	4	4	0
Kävely/ulkoilu	6	8	9
Kotijumppa	4	6	1
Pyöräily	3	1	2
Boccia	1	1	1
Kuntosali	4	7	3
Vesivoimistelu	3	4	1
Puutarhanhoito/pihatyöt	2	5	5
Sauvakävely	2	3	0
Uinti	1	0	1
Tuolijumppa	0	4	0
Tanssi	0	1	0
Porraskävely	0	1	1
Venyttely	0	1	2
Tasapainoharjoitukset	0	1	0

Kontrollitapaamisen kyselyiden hetkellä liikuntaa harrasti päivittäin viisi osallistujista. Yksi harrasti liikuntaa 2-3 kertaa viikossa ja kaksi 4-5 kertaa viikossa. Kevyeksi liikunnan rasittavuuden kuvasi kaksi vastaajista, keskitehoiseksi kolme, yksi kertoi hengästyvänsä, yksi kuvaili liikuntaansa reippaaksi ja yksi rasittavaksi, joten liikunnan rasittavuus oli pysynyt kutakuinkin samana. Liikuntasuorituksen kesto oli yhdellä alle 30min, kolmella vastaajista tunnin, yhdellä 30min-2h, yhdellä 30min-1h, yhdellä 1-4h ja kahdella oli rakennus/remonttihommia 9h päivässä. Liikunnan kesto oli lisääntynyt, sillä loppukyselyissä neljä vastaajista ilmoitti liikuntasuorituksen kestoksi alle 30min.

Kysymykseen miten liikkumisesi on muuttunut viimeisen puolen vuoden aikana tuli monenlaisia vastauksia. Ainoastaan kahdella ei ollut tapahtunut muutosta, mutta toisaalta he olivat jo aikaisemmin aktiivisia ja kävivät viikoittain esimerkiksi yhdistyksen tarjoamissa liikuntaryhmissä. Muita vastauksia olivat: *”Matkat ja aika pidentyneet”*, *”Koira vaatii mukaan liikkumaan”*, *”Pidempiä lenkkejä ja kestävyys parantunut”*, *”Jaksaa paremmin”*, *”Lisääntynyt ja monipuolistunut”*, *”Huomattavasti lisääntynyt. Kuntosalilla vastukset ovat nyt isommat. Monipuolistunut. Kotijumppa sairaalan ohjeen mukaan vähentynyt”* ja *”Kehittynyt nollasta miltei sataan ja esim. porraskävelyssä yli 100 %!”*. Suurimmalla osalla liikunta oli siis viimeisen puolen vuoden aikana lisääntynyt ja kunto kohentunut.

Ryhmänohjauksessa oli osallistujien mielestä hyvää: ohjattu toiminta, yhdessäolo, uusiin lajeihin tutustuminen, liikunnan saaminen elämäntavaksi, virikkeiden saaminen, ohjaus tasapainon lisäämiseksi, uinti tuli mahdolliseksi, ohjaus jatkossa liikkumiseen, liikkujan asennon ohjaus, oikea vauhti, monipuolisuus ja viiden vastaajan mukaan kaikki. Enemmän olisi kaivattu tasapainoharjoituksia ja *”Kokoontumisia olisi voinut olla enemmänkin”*. Muita kommentteja: *”Positiivinen kokemus”*, *”Kivaa!”*.

7.4 Kotitehtävät ja liikuntasuunnitelma

Kotitehtävät annettiin kirjallisina joka ryhmän lopussa, ja niistä keskusteltiin seuraavalla tapaamisella. Useimmat kirjoittivat ajatuksiaan paperille, osa oli miettinyt kysymyksiä mielessään. Toisella kerralla kotitehtäväksi annettiin liikuntapäiväkirjan

täyttäminen, johon merkittiin liikuntasuoritukset päivän päätteeksi. Se oli osasta tuntunut hankalalta, sillä se vaati viitseliäisyyttä, osasta taas se oli mukavaa ja helppoa. Muutamalle sen täyttäminen oli tuttua entuudestaan. Kokonaisuudessaan liikuntapäiväkirjoja oli täytetty ahkerasti. Liikuntapäiväkirjoja ei kerätty osallistujilta pois, vaan painotettiin, että niitä täytettiin itseä varten. Lisäksi päiväkirjan täyttämisen tarkoituksena oli valmistaa osallistujia tekemään kirjallisia tehtäviä.

Ensimmäinen kahden viikon liikuntasuunnitelma tehtiin ohjaajien avustuksella kolmannella tapaamisella. Tehtävänä oli myös asettaa konkreettinen tavoite seuraavalle kahdelle viikolle, esimerkiksi liikun kolme kertaa viikossa. Tavoitteiden asettaminen oli osallistujille vaikeaa, ja niitä mietittiin jokaisen kanssa erikseen. Osallistujat kaipaivat konkreettisia esimerkkejä siitä, millaisia tavoitteet voisivat olla. Osallistujat täyttivät ohjelmia hyvin, kirjoittamisessa avustettiin, jos esimerkiksi käden tärinä oli kova. Afaattisen henkilön kanssa suunnitelma täytettiin niin, että ohjaaja näytti kuvia eri liikuntalajeista, joista henkilö osoitti kuvaa, mitä tietynä päivänä aikoo harrastaa. Toinen vaihtoehto oli kysyä kysymyksiä, joihin henkilö pystyi vastaamaan kyllä tai ei. Neljännellä ja viidennellä tapaamiskerralla keskusteltiin liikuntasuunnitelman toteutumisesta. Valmiiksi suunniteltu ohjelma oli auttanut monia lähtemään herkemmin liikkeelle, ”*oli helpompi liikkua, kun oli suunnitellut valmiiksi*”.

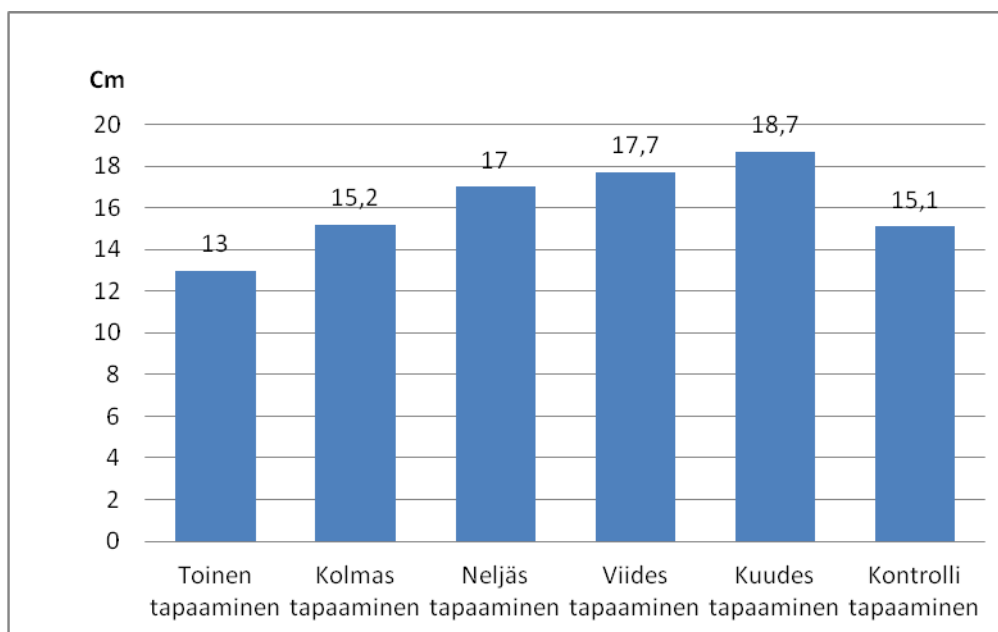
Kolmen kuukauden liikuntasuunnitelma täytettiin kuudennella tapaamiskerralla. Joka kuukaudelle asetettiin oma tavoite, ja suunnitelmien oli tarkoitus edetä asteittain. Yksi osallistujista ei halunnut täyttää kokoa kolmea kuukautta kerralla, vaan täytti vain ensimmäiset kaksi viikkoa. Liikuntasuunnitelmia noudatettiin melko hyvin. Suunnitelman noudattamista olivat häirinneet ainoastaan sairastumiset tai muut akuutit fyysiset vaivat sekä kahdella henkilöllä remonttityöt, jotka olivat fyysisesti vaativia ja näin ollen korvasivat suunnitellun liikunnan.

7.5 Osallistujien motivaation kehittyminen liikuntaneuvonnan aikana

Kaikki osallistujat merkitsivät pystyviivan ryhmäkertojen alussa kierrätettyyn motivaatiojanaan. Jana kierrätettiin toisesta tapaamisesta lähtien ja viimeisen kerran kontrollitapaamisella. Osallistujien vastauksista laskettiin joka kerralle keskiarvot, jotka

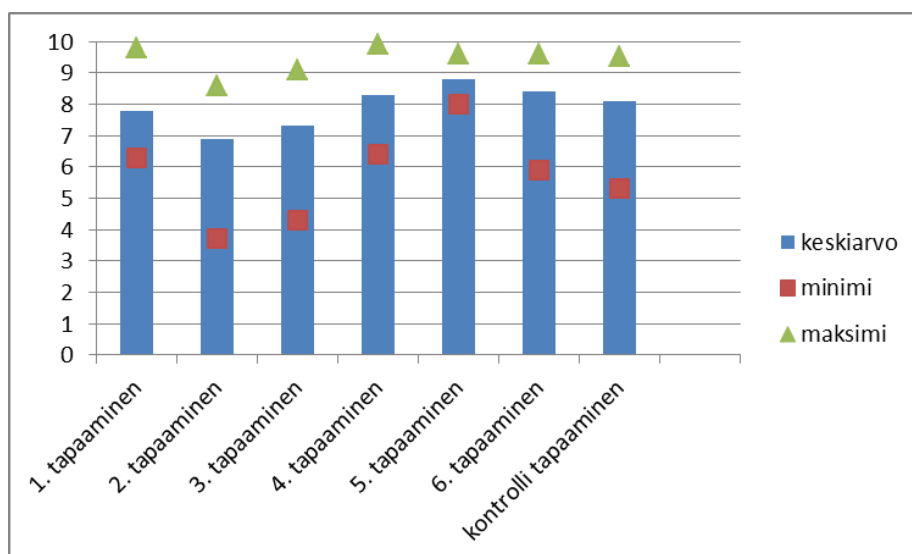
on esitetty Taulukossa 4. Taulukosta näkee osallistujien keskimääräisen motivaation omaan liikkumiseen kasvavan alusta aina kuudenteen tapaamiseen asti, mutta kontrollitapaamisella tapahtuu notkahdus. Silloin motivaatio on laskenut kolmannen tapaamiskerran tasolle. Aktiivinen osallistuminen ryhmään vaikutti siis positiivisesti osallistujien motivaatioon, mutta itsenäisen harjoittelujakson aikana sitä on ollut vaikeampi pitää yllä.

Taulukko 4. Osallistujien keskimääräisen motivaation omaan liikkumiseen muuttuminen ryhmäkertojen aikana motivaatiojanalla mitattuna.

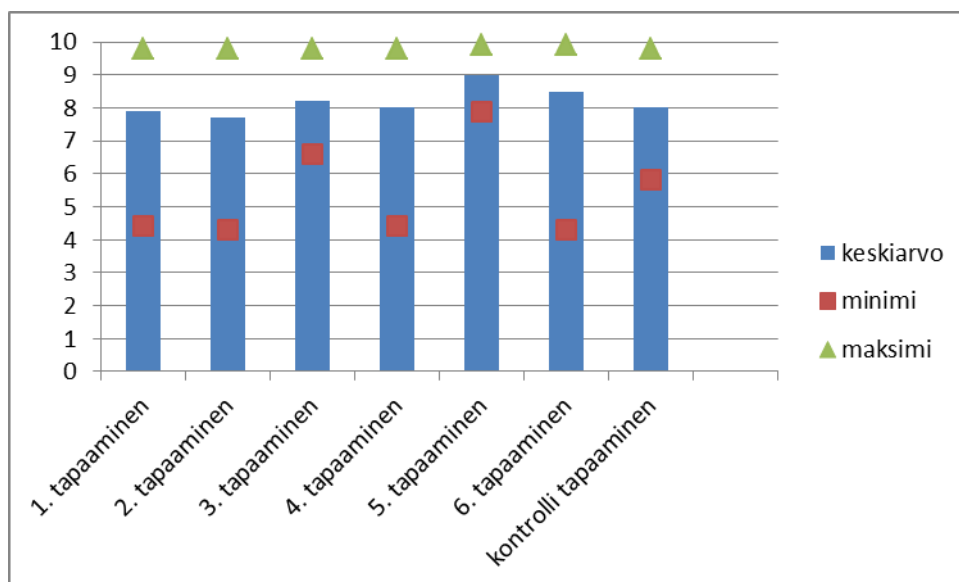


Ryhmäkertojen mielekkyydestä ja osallistujien motivaatiosta omaan liikkumiseensa on esitetty keskiarvot Taulukossa 5 ja Taulukossa 6. Nämä janat kierrätettiin aina ryhmäkertojen lopussa. Pylväs kuvaa keskiarvoa, ja punainen neliö vastauksien pienintä ja vihreä kolmio vastauksien suurinta arvoa. Taulukoista päätellen näyttää siltä, että ryhmäkerran mielekkyys vaikutti myös omaan motivaatioon liikkumisen suhteen. Ryhmäkerran ollessa mielekäs, myös motivaatio omaan liikkumiseen on hyvä.

Taulukko 5. Ryhmäläisten keskimääräinen arvio ryhmäkertojen mielekkyydestä motivaatiojanalla mitattuna.



Taulukko 6. Ryhmäläisten keskimääräinen motivaatio omaan liikkumiseen motivaatiojanalla mitattuna.



8 POHDINTA

Ryhmävoimaa!-hanke on ajankohtainen, sillä se pyrkii lisäämään terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien määrää, mikä on yksi terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunnan ja valtion ravitsemusneuvottelukunnan asettamista terveyttä edistävän liikunnan päätavoitteista vuosille 2008–2011. Hanke kehittää niitä toimia, jotka lisäävät ikääntyneillä toimintakykyisten ja terveiden elinvuosien määrää ja laatua. Lisäksi hanke on toteutettu yhteistyössä monien eri tahojen kanssa. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008, 4–6, 12–13.) Ryhmän osallistumisaktiivisuudesta ja ryhmään sitoutuneisuudesta päätellen tämän kaltaisille ryhmille olisi jatkossakin kysyntää. Ryhmään osallistuminen oli maksutonta, mikä tuki ryhmän saavutettavuutta.

Liikuntaneuvontaryhmä lisäsi osallistujien liikunta-aktiivisuutta eri lajien muodossa ensimmäisen ja kuudennen ryhmäkerran välillä, mutta aktiivisuus palasi suurin piirtein ensimmäisen kerran tasolle kontrollitapaamisella. Osin vastauksiin on voinut vaikuttaa se, että kontrollitapaamisen kyselylomake oli eri, eli siinä ei ollut lueteltuna eri lajeja, niin kuin alku – ja loppukyselyissä. Sama kyselylomake olisi voinut antaa luotettavammat tulokset. Lisäksi monet liikuntaryhmät, joissa osallistujat kävivät, jäivät kesätauolle toukokuussa. Näistä vastauksista huolimatta suurin osa ilmoitti liikunnan määrän tai kuntonsa kohentuneen viimeisen puolen vuoden aikana, eli liikuntaneuvontaryhmä vaikutti osallistujien liikunta-aktiivisuuteen positiivisesti. Lisäksi se vähensi liikkumista vaikeuttavia tai estäviä tekijöitä, esimerkiksi kaatumisen pelko väheni eikä ympäristön esteellisyys estänyt enää ketään. Näihin on voinut vaikuttaa ryhmässä tehdyt tasapainoharjoitteet sekä eri liikuntapaikkoihin yhdessä tutustuminen.

Motivaatiojanat olivat helppo tapa arvioida ryhmää. Niiden antamat tulokset ryhmän suhteen ovat kuvaavia. Osallistujien keskimääräinen motivaatio nousi toisen ja kuudennen ryhmäkerran välillä, mutta laski itsenäisen harjoittelujakson aikana. Viikoittaiset ryhmätapaamiset vaikuttivat siis positiivisesti osallistujien motivaatioon. Liikunnan saaminen elämäntavaksi vaatii aikaa, joten neuvontaryhmienkin tulisi olla kestoaltaan riittävän pitkiä, jotta niillä voitaisiin vaikuttaa osallistujien motivaatioon ja

liikuntatottumuksiin. Joko ryhmäkertoja voisi olla enemmän, tai ne voisi olla sijoitettuna pidemmälle aikavälille. Motivaatiossa omaan liikkumiseen ei tapahtunut suuria heilahduksia ryhmän aikana, mutta sekin laski kuudennen kerran ja kontrollitapaamisen välillä. Ryhmäkerran ollessa mielekäs, myös motivaatio omaan liikkumiseen näytti olevan hyvä. Ryhmän sisältö tulisi siis suunnitella osallistujien mielipiteitä kuunnellen, jotta se tukisi osallistujien motivoitumista ja palvelisi heitä paremmin.

Ryhmän rekrytointi tapahtui monen eri tahon kautta, mikä varmisti tiedon kulun laajasti. Ryhmä saatiin kasaan melko lyhyessä ajassa. Ilmoittautumisia tuli yhteensä kahden ryhmän verran. Ensimmäisen ryhmän jälkeen Porissa käynnistyi toinen ryhmä myöhemmin keväällä, ja syksyllä vielä kolmas. Toimintaa on hankkeen jälkeen tavoitteena jatkaa resurssien mukaan erityisliikunnanohjaajan ohjaamana vapaa-aikaviraston omana toimintana. Kahteen eri neurologiseen sairausryhmään kuuluvien opastaminen samassa ryhmässä onnistui hyvin. Myöskään osallistujat eivät kokeneet sitä häiritseväksi, joten myös eri yhdistysten yhteistyötä tulisi kannustaa ja lisätä.

Suunniteltu liikuntaneuvontamalli sopi hyvin näille erityisryhmille. Porin pilottiryhmästä tehdäänkin mahdollisesti valtakunnallinen malli. Tieto ryhmästä saavutti kohderyhmän. Osallistujat saivat vinkkejä liikunnan lisäämiseksi arkeensa sekä mahdollisuuden kokeilla turvallisesti eri lajeja. Valmentava ohjaustyyli oli myös toimiva, tietoa terveysliikunnasta lisättiin pikku hiljaa ja osallistujat saivat itse kokeilla ja miettiä, minkälainen liikunta sopii heille itselleen. Tavoitteiden asettelu oli uutta kaikille osallistujille, mutta samalla se antoi heille mahdollisuuden seurata omaa kehitystään. Molemmat ohjaajat olivat koulutukseltaan fysioterapeutteja, mikä tuki tämän ryhmän ohjausta. Fysioterapeutti tietää sairauksien aiheuttamat ongelmat liikkumis- ja toimintakyvylle, ja pystyy hyödyntämään osaamistaan ohjauksessa sekä materiaalin suunnittelussa ja valinnassa.

Ryhmän ajankäytössä olisi ollut parempi, että alkuhaastatteluille olisi ollut enemmän aikaa. Nyt kunkin osallistujan haastatteluun oli varattu vain noin viisi minuuttia, joten ohjaajan oli osattava viedä keskustelua sujuvasti eteenpäin. Muutosvalmiuden arvioiminen oli näin lyhyessä ajassa lähes mahdotonta, mutta toisaalta se olisi tärkeä seikka liikuntaneuvonnassa. Myös tavoitteet olivat lähes kaikilla liian isoja, esimerkiksi ”päästä hyvään kuntoon”. Tavoitteita pyydettiin tarkentamaan niin, että ne oli-

sivat konkreettisia ja mahdollisia saavuttaa ryhmän aikana. Koska alkuhaastattelussa keskusteltiin ryhmän kannalta tärkeistä asioista, olisi syytä miettiä, miten haastattelut voitaisiin tehdä rauhallisemmin. Tärkeää haastatteluissa oli se, että jokainen tuli kuulluksi yksilönä, vaikka aika olikin niin lyhyt. Afaattisen henkilön haastattelussa olisi ollut hyödyllistä käyttää apuna esimerkiksi enemmän kuvia. Lisäksi afaattisten henkilöiden osallistumista on syytä miettiä tarkemmin, eli miten he voisivat paremmin osallistua ryhmäkeskusteluihin. Apuna voisi käyttää mahdollisesti kuvia, tulkkia tai ystävää.

Ryhmän aikana oli paljon konkreettista toimintaa ja tietoiskuja, mutta terveystoimintaa voisi käsitellä vielä selkeämmin. Lopussa annettu liikuntapiirakka toki selvensi suosituksia liikunnan määrästä, mutta pitkälti osallistujat saivat päättää liikkumisensa määrän itse. Lisäksi Borgin asteikon käyttämisen ohjaaminen liikunnan rasittavuutta arvioitaessa voisi olla käyttökelpoinen työkalu osallistujille. Sen avulla he pystyisivät arvioimaan liikunnan tehoa.

Liikuntaneuvontaryhmän tarkoituksena oli liikuntakokeilujen kautta auttaa osallistujia löytämään itselleen sopiva laji, mutta neuvonnasta saisi yksilöllisempää, jos osallistujille tehtäisiin ennen ryhmää toimintakykytesti tai kuntotesti. Se voisi olla esimerkiksi kuuden minuutin kävelytesti tai Toimiva-testi. Tuloksen avulla liikunnan määrää ja tehoa voisi miettiä henkilökohtaisemmin. Lisäksi testin voisi toistaa kontrollitapaamisella, jolloin näkyisi, onko siihen tullut muutosta. Samalla se voisi mahdollisesti motivoida osallistujia liikkumiseen. Jotta testit voitaisiin toteuttaa, täytyisi ohjaajilla olla nykyistä enemmän resursseja.

Fyysinen toimintakyky mahdollistaa yksilön sitoutumisen fyysiseen aktiivisuuteen, ja fyysinen aktiivisuus auttaa ylläpitämään ja joissain tapauksissa parantamaan fyysistä toimintakykyä. Tällä vastavuoroisella suhteella yhdistettynä fyysisesti inaktiivisten henkilöiden yleisyyteen sellaisten ikääntyvien joukossa, joilla on jokin toiminnan vaje, on perusteellisia vaikutuksia kuntoutuskäytäntöihin, erityisesti arvioitaessa kliinisten käytäntöjen keskipitkän ja pitkän aikavälin tuloksia. Jotta kuntoutuksella olisi rooli fyysisen toimintakyvyn pitkäaikaisessa ylläpidossa ja kohentamisessa henkilöiden keskuudessa, joilla on toiminnan rajoitus, tulisi erilaisten fyysisten aktiviteettien osallistujamäärien lisääntymisen olla osa toipumista ja ylläpitoa.

(Rimmer 2005, 41.) Osallistujia pyrittiinkin aktiivisesti ohjaamaan eri liikuntaryhmiin, joissa he voisivat jatkaa neuvonnan päätyttyä. Ainakin yksi osallistujista aloitti vapaa-aikaviraston tasapainoryhmässä Ryhmävoimaa! –ryhmän jälkeen.

Ikääntyvän väestönosan kasvaessa odotetaan myös Parkinsonin tautia sairastavien ja aivoverenkiertohäiriöiden sairastaneiden määrän lisääntyvän. Molemmat sairaudet alentavat toiminta- ja liikkumiskykyä, sekä asettavat omat esteensä liikkumiselle. Ihmiset, joilla on jokin toiminnan vaje sitoutuvat paljon epätodennäköisemmin fyysisesti aktiiviseen elämäntapaan kuin ihmiset, joilla ei ole vammaa. (Rimmer 2004, 419–425.) Näin ollen nämä kaksi sairausryhmää ovat niitä, joihin terveyttä edistäviä toimenpiteitä tulee kohdentaa. Lisäksi on paljon muitakin sairauksia, jotka alentavat toimintakykyä. Suunniteltua liikuntaneuvontamallia voitkin soveltaa myös muihin kohderyhmiin, esimerkiksi sydänsairauksista tai diabeteksestä kärsiville.

Ryhmän toteutus oli kokonaisuudessaan mielenkiintoinen projekti ja antoi valmiuksia tulevaisuudessa tarttua erilaisiin hankkeisiin. Ohjausryhmä sekä hankkeelta saatu ohjelmarunko olivat suunnittelu vaiheessa hyvä tuki ryhmänohjaajille. Liikuntaneuvontamalli oli kokonaisuudessaan toimiva, ja pilotti-ryhmästä saatiin hyviä tuloksia. Pilotti-ryhmän kokemuksien pohjalta olen esittänyt kehittämis ehdotuksia aiemmin pohdinnassa. Pilotti-ryhmän suunnittelussa ja toteuttamisessa oli omat haasteensa. Vaikka ohjelmarunko oli suunniteltu valmiiksi, oli sitä muokattava osallistujien toiveiden mukaan. Samoin materiaalin tuottaminen ja valinta jäi ryhmänohjaajien tehtäväksi. Ryhmän ohjaaminen tuntui kuitenkin mielekkäältä, ja ryhmään syntynyt yhteishenki oli hieno kokea. Toivon, että opinnäytetyötäni voidaan hyödyntää Ryhmävoimaa-hankkeessa, sekä tulevaisuudessa uusien erityisryhmille kohdennettujen liikuntaneuvontaryhmien perustamisessa.

LÄHTEET

Ada, L., Dorsch, S. & Canning, C. G. 2006. Strengthening interventions increase strength and improve activity after stroke: a systematic review. *Australian Journal of Physiotherapy* 52, 241–248.

Aittasalo, M. & Vasankari, T. 2011. Terveysliikunnan edistämisen työvälineitä. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) *Terveysliikunta*. 2. uud. p. UKK-instituutti. Helsinki: Duodecim, 197–204.

Ashburn, A., Fazakarley, L., Ballinger, C., Pickering, R., McLellan, L. D. & Fitton, C. 2007. A randomised controlled trial of a home based exercise programme to reduce the risk of falling among people with Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 78, 678–684.

Chen, J. J. 2010. Parkinson's Disease: Health-Related Quality of Life, Economic Cost, and Implications of Early Treatment. *The American Journal of Managed Care* 16:4, S87-S93. Viitattu 1.11.2011. <http://www.ajmc.com>

Crizzle, A. M. 2006. Is Physical Exercise Beneficial for Persons with Parkinson's Disease? *Clinical Journal of Sport Medicine* 16:5, 422-425.

Dibble, L. E., Addison, O. & Papa, E. 2009. The Effects of Exercise on Balance in Persons with Parkinson's Disease: A Systematic Review Across the Disability Spectrum. *Journal of Neurologic Physical Therapy* 33:1, 14-26.

Eng, J. J., Pang, M. Y. C. & Ashe, M. C. 2008. Balance, falls, and bone health: Role of exercise in reducing fracture risk after stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 45:2, 297–314. Viitattu 4.11.2011. <http://www.rehab.research.va.gov/jour/08/45/2/Eng.html>

Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. 2., uud. p. Helsinki: Duodecim, 356–378.

Fogelholm, M. & Oja, P. 2011. Terveysliikuntasuosituksset. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) *Terveysliikunta*. 2. uud. p. UKK-instituutti. Helsinki: Duodecim, 67–75.

Fogelholm, R., Rissanen, A. & Nenonen M. 2001. Aivoverisuonisairauksien aiheuttamat suorat ja epäsuorat kustannukset Suomessa. *Suomalainen Lääkärilehti* 56, 3563-3567. Viitattu 12.10.2011. <http://www.fimnet.fi>

Goodwin, V. A., Richards, S. H., Taylor, R. S., Taylor, A. H. & Campbell J. L. 2008. The effectiveness of exercise interventions for people with Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders* 23:5, 631-640. Viitattu 9.1.2011. <http://onlinelibrary.wiley.com>

Gordon, N. F., Gulanick, M., Costa, F., Fletcher, G., Franklin, B., A., Roth, E. J. & Shephard, T. 2004. Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. *Circulation* 109, 2031-2041.

Harris, J. E. & Eng, J. J. 2010. Strength Training Improves Upper-Limb Function in Individuals With Stroke. A Meta-Analysis. *Stroke* 41, 136-140.

Heikkinen, E. 2008. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. 2., uud. p. Helsinki: Duodecim, 402–408.

Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Rantanen, T. & Heikkinen, E. 2008. Liikunta. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. 2., uud. p. Helsinki: Duodecim, 458–466.

Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuositukset 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön op-paita 6/2004. Edita Prima Oy.

Kaakkola, S. & Marttila, R. 2006. Liikehäiriöt. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. 2., uud. p. Helsinki: Duodecim, 211–237.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, RO. & Sivenius, J. 2006. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. 2., uud. p. Helsinki: Duodecim, 271–331.

Koivisto, A. 2005. Neurologisia sairauksia. Teoksessa Vauhkonen, I. & Holmström, P. *Sisätaudit*. Werner Söderström Osakeyhtiö, 625–674.

Kotila, M. & Palomäki, H. 2006. Neurologisen potilaan kuntoutus ja työkyvyn arviointi. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. 2., uud. p. Helsinki: Duodecim, 602–610.

Krančiukaitė-Butylkinienė, D., Rastenytė, D., Jurėnienė, K. & Jančaitytė, L. 2009. Physical and mental health of stroke survivors and their daily activities. *Medicina (Kaunas)* 45:11, 896-903.

Lehtonen, A., Salomaa, V., Immonen-Räihä, P., Sarti, C., Mähönen, M., Torppa, J. & Sivenius, J. 2005. FINSTROKE-tutkimus: Aivohalvauksen ilmaantuvuus ja aivohalvauskuolleisuus ovat vähentyneet myös yli 74-vuotiaassa väestössä. *Suomalainen Lääkärilehti* 60, 3391–3396. Viitattu 12.10.2011. <http://www.fimnet.fi>

Meretoja, A., Kaste, M., Roine, RO., Linna, M., Juntunen, M. & Häkkinen, U. 2010. PERFECT Stroke - Aivohalvauksen hoidon aiheuttamat suorat terveydenhuollon kustannukset Suomessa 1999-2008. Teoksessa Klavus, J. (toim.) *Terveystaloustiede* 2010. THL. Avauksia 2010;2:65-8. Viitattu 12.10.2011. <http://www.thl.fi>

Olney, S. J., Nymark, J., Brouwer, B., Culham, E., Day, A., Heard, J., Henderson, M. & Parvataneni, K. 2006. A Randomized Controlled Trial of Supervised Versus Un-supervised Exercise Programs for Ambulatory Stroke Survivors. *Stroke* 37, 476-481.

Pang, M. Y. C., Eng, J. J., Dawson, A. S. & Gylfadóttir, S. 2006. The use of aerobic exercise training in improving aerobic capacity in individuals with stroke: a meta-analysis. *Clinical Rehabilitation* 20:2, 97-111.

- Paronen, O. & Nupponen R. 2011. Terveiden ja liikunnan edistäminen. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveysliikunta. 2. uud. p. UKK-instituutti. Helsinki: Duodecim, 186–196.
- Quaney, B. M., Boyd, L. A., McDowd, J. M., Zahner, L. H., He, J., Mayo, M. S. & Macko, R. F. 2009. Aerobic Exercise Improves Cognition and Motor Function Post-stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 23:9, 879–885.
- Rimmer, J. H. 2005. Exercise and physical activity in persons aging with a physical disability. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 16(1), 41–56.
- Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A. & Jurkowski J. 2004. Physical activity participation among persons with disabilities: barriers and facilitators. *American Journal of Preventive Medicine* 26:5, 419–425.
- Rimmer, J. H., Wang, E. & Smith, D. 2008. Barriers associated with exercise and community access for individuals with stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 45:2, 315–322.
- Sivenius, J., Torppa, J., Tuomilehto, J., Immonen-Räihä, P., Kaarisalo, M., Sarti, C., Kuulasmaa, K., Mähönen, M., Lehtonen, A. & Salomaa, V. 2010. Aivohalvausten ilmaantuvuuden kehityssuunnat Suomen väestössä vuoteen 2030. *Suomalainen Lääkärilehti* 19, 1699–1704. Viitattu 12.10.2010. <http://www.fimnet.fi>
- Soinila, S. & Launes, J. 2006. Neurologinen tutkimus. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. 2., uud. p. Helsinki: Duodecim, 66–84.
- Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin www-sivut. Viitattu 11.1.2011 ja 17.5.2011. <http://www.kaypahoito.fi>
- Suomen Parkinson-liiton www-sivut. Viitattu 9.1.2011. <http://parkinson.fi>
- Terveyskirjasto Duodecimin www-sivut. Viitattu 17.5.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Terveysportin www-sivut. Viitattu 10.11.2011. <http://www.terveysportti.fi>
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus 2. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Törne, M., Tuominen H. & Keckman, M. 2008. Terveysliikunnan palveluketju terveyssektorilla -projekti, elektroninen materiaali. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinoista. 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 10/2008. Viitattu 17.10.2011. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1069



RYHMÄVOIMAA PORISSA TAMMIKUUN 2011!

- ☐ Oletko aivoverenkiertohäiriön sairastanut tai Parkinsonin tautia sairastava porilainen?
- ☐ Kaipaanko tietoa ja tukea liikuntaharrastuksen aloittamiseen?
- ☐ Etsitkö sopivaa liikuntalajia tai -ryhmää?
- ☐ Tunnetko em. henkilön, joka voisi hyötyä ryhmämuotoisesta liikuntaneuvonnasta?

Ryhmävoimaa – hanke on Suomen Parkinson-liitto ry:n hallinnoima yhteishanke Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:n kanssa. Hanke on käynnistynyt Porissa ja Vaasassa kuluvan vuoden syksyllä. Hanketta tukee Opetus- ja kulttuuriministeriö. Hankkeessa keskeistä ovat liikunta, ryhmä, neuvonta ja toiminta.

Porissa käynnistyy liikuntaneuvontaryhmä tammikuussa 2011!

Nyt etsimme ryhmään henkilöitä. Jos vastasit yllä olevista kysymyksistä yhteenkin kyllä, jatka lukemista ja tule mukaan! Liikuntaneuvonta on kohdennettu aivoverenkiertohäiriön sairastaneille tai Parkinsonin tautia sairastaville porilaisille. Ryhmään voi osallistua avustajan kanssa eivätkä apuvälineetkään ole este.

Liikuntaneuvontaryhmän toteuttaa Ryhmävoimaa -hanke yhdessä Porin kaupungin liikuntatoimen kanssa.

Toimitaan ryhmässä!

Ryhmävoimaa liikuntaneuvonta tapahtuu pienryhmässä. Ryhmä kokoontuu 7 kertaa kaksi tuntia kerrallaan. Tapaamisissa arvioidaan omia liikuntatottumuksia ja pohditaan niissä tapahtuneita muutoksia sairastumisen myötä, keskustellaan liikunnan hyödyistä ja henkilökohtaista motivaatiota. Lisäksi esitellään ja kokeillaan soveltuvia ja turvallisia liikuntalajeja.

Liikunnan riemua!

Liikuntatoiminnalla tarkoitetaan harrastuslähtöistä, omaehtoista liikuntaa, jota kukin yksilö toteuttaa hyvinvointinsa ylläpitämiseksi. Sairaudesta huolimatta olisi tärkeää liikkua yksin tai ryhmässä ja löytää itselle sopiva liikuntalaji.

Neuvontaryhmässä voit tutustua maksutta paikkakuntasi liikuntamahdollisuuksiin ja löytää myös liikuntakavereita.

Usein edessä on vielä monia esteitä ennen kuin toimintaan pääsee käsiksi. Ne voivat olla palvelurakenteissa, resursseissa kuin asenteissa. Ryhmän tehtävänä on vähentää esteitä ja luoda mahdollisuuksia osallistumiselle.

Yhdessä ryhmänä!

Ryhmämuotoinen toimintatapa on käytetty menetelmä ja kokemukset puhuvat työtavan puolesta. Ryhmämuotoisen ohjauksen etuina ovat taloudellisentehokkuuden lisäksi erityisesti mahdollisuus vertaistukeen ja -arvioon. Vertaisten kesken on realistisempaa arvioida omia liikuntatottumuksia, asettaa saavuttavissa olevia tavoitteita sekä pyytää tarvittaessa tukea haastavissa tilanteissa.



Ilmoittautumiset 15.1.2011 mennessä!

Raija Pohjavirrälle: raija.pohjavirta@parkinson.fi tai puh 02 2740 410
Lisätietoja antaa lisäksi aluesihteerä Virpi Lumimäki: virpi.lumimaki@stroke.fi ja puh.040 7375 879. Ilmoittautuneille lähetetään neuvontaryhmän ohjelma ja toimintaohjeet.

TERVETULOA MUKAAN!

SUOMEN PARKINSON-LIITTO RY

ESITIELOMAKE

(haastattelu puhelimesta pvämäärä ____/____/20____)

Esitiedot:

- nimi _____
- puhelinnumero _____
- osoite _____
- postinumero, -paikka _____
- sähköposti _____
- syntymäaika _____

AVH / Parkinson (rengasta vaihtoehto)

- sairastumisaika _____

Muut sairaudet

Käytättekö säännöllisesti lääkitystä?

- en
- kyllä, mitä/mihin sairauteen _____

Liikkumisen apuvälineet (rengasta vaihtoehto)

- ei apuvälineitä
- keppi / sauvat
- rollaattori
- pyörätuoli
- avustaja

Harrastatko jotakin liikuntaa? (rengasta vaihtoehto)

- ei
- kyllä, mitä?
 - ohjattu _____

Kuinka usein?

- päivittäin
- 2-3 x viikossa
- kerran viikossa
- 1-2 x kuukaudessa
- viimeisen puolen vuoden aikana

- viimeisen vuoden aikana

- omatoiminen _____

Kuinka usein?

- päivittäin
- 2-3 x viikossa
- kerran viikossa
- 1-2 x kuukaudessa
- viimeisen puolen vuoden aikana
- viimeisen vuoden aikana

Asuminen (rengasta vaihtoehto)

- yksin (kerros-, rivi-, omakotitalo)
- puolison kanssa
- tuettu asuminen

Hei!

Porissa käynnistyy tänä syksynä kolmas Ryhmävoimaa! - liikuntaneuvontaryhmä, johon olet ilmoittautunut mukaan. Ryhmävoimaa - hanke on Suomen Parkinson-liitto ry:n hallinnoima yhteishanke Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:n kanssa. Hanketta tukee Opetus- ja kulttuuriministeriö.



Liikuntaneuvontaryhmän toteuttaa Ryhmävoimaa -hanke yhdessä Porin kaupungin vapaa-aikaviraston kanssa. Ryhmä kokoontuu keskiviikkoisin klo 14.30 - 16.30. Ensimmäinen kokoontuminen on 19.1.2011 Nuorisotalon katutasen salissa os. Isolinnankatu 12.

Ryhmä kokoontuu 7 kertaa kaksi tuntia kerrallaan, tapaamisissa arvioidaan omia liikuntatottumuksia, pohditaan sairastumisen myötä tapahtuneita muutoksia ja keskustellaan liikunnan hyödyistä ja liikuntaan motivoitumisesta. Lisäksi esitellään ja kokeillaan soveltuvia ja turvallisia liikuntalajeja.

Laitan Sinulle liitteenä alkukyselyn, tuo se täytettynä ensimmäisellä kerralla mukana.

Ilmoitathan, mikäli et jostain syystä olekaan mukana ensi viikolla alkavassa ryhmässä tai olet estynyt tulemaan ensimmäisellä kerralla paikan päälle!
Voit soittaa 044 701 1412 tai laittaa sähköpostia anna.setala@pori.fi.

Tervetuloa Ryhmävoimaa! -liikuntaneuvontaryhmään!

ALKUKYSELY

Nimi _____

Ikä _____

AVH / Parkinson (rengasta vaihtoehto)

1. Mistä sait tietoa ryhmästä?

liiton lehti

liikuntatoimi / terveystoimi

yhdistys

muu taho, mikä _____

2. Miksi hakeuduit ryhmään?

jatkoa kuntoutukselle

saadakseni motivaatiota liikuntaani

lisätäkseni liikuntaani

lisätäkseni monipuolisuutta liikuntaani

saadakseni ohjeita liikuntaani

tavatakseni muita vastaavassa tilanteessa olevia

uusia kokemuksia, vaihtelua arkeen

omaisen toiveesta

selviytyäkseni pidempään omatoimisena kotona

muu syy _____

3. Mitä liikuntaa harrastat tällä hetkellä?

en mitään

puutarhanhoito

sauvakävely

vesivoimistelu

kuntosali

tanssia

boccia

muu, mikä _____

asiointikävely

ulkoilu/kävely

uinti

soutu/melonta

tuolijumppa

kotijumppa

pyöräily

4. Kuinka usein?

päivittäin

2-3 x viikossa

kerran viikossa

1-2 x kuukaudessa

muulla tavoin _____

5. Kuinka rasittavaa liikunta on? (kuvaile omin sanoin)_____

6. Kuinka kauan liikuntasuoritus/-harrastus kestää yhdellä kerta
alle 30min
tunnin
1-2 tuntia
ei mikään näistä, kuinka kauan?_____

7. Mitkä asiat vaikeuttavat tai estävät liikkumistanne?

fyysiset rajoitteet
kaatumisen pelko
saamattomuus
mieliala
ei pidä liikunnasta
ympäristön esteellisyys
liikuntakaverin puute
ei sopivia liikuntapaikkoja
kuljetus/kyyti ongelmat
muu, mikä _____

8. Mihin liikuntalajiin haluaisit ryhmän mukana tutustua?

9. Mihin liikuntapaikkaan haluaisit ryhmän mukana tutustua?

10. Mitä odotuksia sinulla on ryhmän suhteen?

11. Henkilökohtainen tavoitteesi_____

12. Erityisruokavaliot _____

13. Annan luvan ottaa valokuvia, joita mahdollisesti käytetään hankkeen, Suomen Parkinson-liiton tai Aivohalvaus- ja dysfasialiiton julkaisuissa tai hankkeen esittelytilaisuuksissa.

kyllä

en

Päivämäärä

Allekirjoitus

Motivaatio-jana

Mikä on motivaatiosi liikkumisesi suhteen tällä hetkellä? Merkkää pystyviiva janalle!



Erittäin matala

Erittäin korkea

VAS-jana / nimi _____ pvm ____ / ____ 20 ____

RYHMÄTUOKION MIELEKKYYS

Ei ollenkaan mielekäs	Erittäin mielekäs
--------------------------	-------------------

MOTIVAATIO OMAAN LIIKKUMISEENI TÄLLÄ HETKELLÄ

Erittäin matala	Erittäin korkea
-----------------	-----------------

LOPPUKYSELY

Nimi _____

Ikä _____

AVH / Parkinson (rengasta vaihtoehto)

Mitä liikuntaa harrastat tällä hetkellä?

en mitään

asiointikävely

puutarhanhoito

ulkoilu/kävely

sauvakävely

uinti

vesivoimistelu

soutu/melonta

kuntosali

tuolijumppa

tanssia

kotijumppa

boccia

pyöräily

muu, mikä _____

Kuinka usein?

päivittäin

2-3 x viikossa

kerran viikossa

1-2 x kuukaudessa

muulla tavoin _____

Kuinka rasittavaa liikunta on? (kuvaile omin sanoin)

Kuinka kauan liikuntasuoritus / -harrastus kestää yhdellä kertaa?

alle 30min

tunnin

1-2 tuntia

ei mikään näistä, kuinka kauan? _____

Mitkä asiat vaikeuttavat tai estävät liikkumistanne tällä hetkellä?

fyysiset rajoitteet

kaatumisen pelko

saamattomuus

mieliala

ei pidä liikunnasta

ympäristön esteellisyys

liikuntakaverin puute

ei sopivia liikuntapaikkoja

kuljetus/kyyti ongelmat

muu, mikä _____

Olitko tyytyväinen liikuntalajeihin, joihin ryhmä tutustui?

kyllä

ei

Olitko tyytyväinen liikuntapaikkoihin, joihin ryhmä tutustui?

kyllä

ei

Toteutuivatko odotuksesi ryhmän suhteen?

kyllä

ei

Toteutuiko henkilökohtainen tavoitteesi?

kyllä

ei

Päivämäärä

Allekirjoitus

LOPPUKYSELY 10.8.2011

Nimi:

1. Mitä liikuntaa harrastat tällä hetkellä?

2. Kuinka usein?

3. Kuvaile liikunnan rasittavuutta.

4. Kuinka kauan liikuntasuoritus kestää yhdellä kertaa?

5. Miten liikkumisesi on muuttunut viimeisen puolen vuoden aikana?

6. Mikä ryhmän ohjauksessa oli hyvää?

7. Mikä ryhmän ohjauksessa oli huonoa/mitä olisit kaivannut enemmän/oliko jotain liikaa?

8. Muita kommentteja:

Liikuntapäiväkirja 26.1. – 1.2.2011
 (Kirjaa jokaisena päivänä ylös liikuntasuorituksesi, muista että hyötyliikuntakin on liikuntaa!
 Merkitse myös lepopäivät kalenteriin.)

VIIKONPÄIVÄ	LAJI (kävely, vesivoimistelu, lumityöt, kotivoimistelu tms.)	KESTO
KESKIVIikko		
TORSTAI		
PERJANTAI		
LAUANTAI		
SUNNUNTAI		
MAANANTAI		
TIISTAI		



Liikuntaohjelma 2.2. – 15.2.2011

VIIKONPÄIVÄ	HARJOITUS JA KESTO	MITEN MENI? 😊 😞
2.2.		
3.2.		
4.2.		
5.2.		
6.2.		
7.2.		
8.2.		

VIIKONPÄIVÄ	HARJOITUS JA KESTO	MITEN MENI? 😊 😞
9.2.		
10.2.		
11.2.		
12.2.		
13.2.		
14.2.		
15.2.		

Liikuntaohjelma / -päiväkirja 2.3. – 25.5.2011 (3 kuukautta)

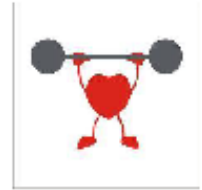
Aseta itsellesi **joka kuukaudelle** henkilökohtainen, pieni ja konkreettinen **tavoite!**

Ajanjakso	Mitä liikuntaa? Kuinka usein? (Esim. kävelyä 1 x viikossa 30min, vesijuoksua 1 x viikossa 30 min, tasapainoharjoituksia aamuisin)	Miten toteutui? Kuvalla tai sanallisesti.  
1. viikko		
2. viikko		
3. viikko		
4. viikko		
5. viikko		
6. viikko		
7. viikko		
8. viikko		
9. viikko		
10. viikko		
11. viikko		
12.viikko		

**TAVOITE 1.
KUUKAUDELLE:**

**TAVOITE 2.
KUUKAUDELLE:**

**TAVOITE 3.
KUUKAUDELLE**



Liikunnan hyödyt

***Kestävyysliikunnalla** on hyvin tärkeä rooli useiden verenkiertoelimistön sairauksien hoidossa, kuntoutuksessa ja varsinkin ennaltaehkäisyssä, sillä se vahvistaa ja ylläpitää sydämen ja verenkiertoelimistön sekä keuhkojen kuntoa → sydämen rasitus vähäisempi niin levossa kuin rasituksessa (reipas kävely, sauvakävely, hölkkä, pyöräily, hiihto, uinti, vesijuoksu...)

***Luuliikunta**, eli liikunta joka sisältää iskuja, värähtelyjä ja nopeita kiertoja auttaa ylläpitämään luun massaa ja lujuutta → murtumien ehkäisy! (tanssi, portaat, kävely epätasaisessa maastossa...)

***Lihasvoima- ja tasapainoharjoittelu** parantaa tasapainoa, lihasvoimaa, reaktioita ja koordinaatiota sekä asentotuntoa → kasvattaa liikkumisvarmuutta ja ehkäisee kaatumisia sekä helpottaa selviytymään päivittäisistä toimista (kuntosaliharjoittelu, tanssi, voimistelu...)

***Venyttely** lisää notkeutta ja ehkäisee nivelten jäykistymistä

***Säännöllinen liikunta** myös parantaa fyysistä kuntoa, unen laatua, mielialaa ja vireytilää, SIIS ylläpitää yleisesti liikunta- ja toimintakykyä.

***Jo kohtalaisen tehokas liikunta** vähentää AVH:n riskiä. Aivohalvauspotilaiden kuntoutuksessa liikunta kohentaa fyysistä yleiskuntoa edistämällä liikuntakyvyn palautumista.

***Parkinsonin taudin hoidon perusasiat** ovat hyvän yleiskunnon ylläpitäminen, hyvä ravitsemus ja säännöllinen lääkehoito. Liikunnalla voidaan vähentää sairaudesta johtuvia haittoja, esim. jäykkyyttä ja tasapaino-ongelmia.

Jo 30 minuuttia päivittäistä arkiliikuntaa, terveysliikuntaa, kuntoharjoittelua tai urheilua edistää terveyttä. Puolituntisen voi kerätä parista kolmesta liikuntapätkästä. Sopiva teho on, kun hengästyyttää, mutta muista PPPP (Pitää Pystyä Puhumaan Puuskuttamatta)!

Ikääntymisen vaikutukset lihaksistoon ja suorituskykyyn

Lihaksen rakenne muuttuu selkeästi ikääntyessä → nopeiden korjausliikkeiden tuottaminen vaikeampaa, kyky koordinoida eri lihasten yhtäaikaista toimintaa heikkenee, lihasvoima vähenee. Myös ravitseminen sekä sairaudet ja lääkitys vaikuttavat lihasvoiman heikkenemiseen. Erityisesti maksimaalinen voima ja nopeusvoima heikkenevät.

Tyypillisesti ojentajalihashen voima vähenee nopeammin kuin koukistajalihashen → vartalo koukistuu ja ryhti heikkenee. Tärkeitä lihaksia harjoittaa ovat alaraajojen lihakset sekä asentoa ylläpitävät lihakset, jotka pitävät ryhdin hyvänä.

Periaatteet:

- harjoitellaan sitä suoritusta, jota halutaan parantaa
- suhteutetaan harjoitusten rasittavuus harjoittelijan kuntoon
- jokainen tietää rajoituksensa ja harjoittelee sen mukaan
- lisätään räsitusta (toistojen määrää tai vastusta) kunnon kohetessa, kuormitus alkuvaiheessa melko pieni

Perusvoimaharjoittelu: lisää voimaa lihasmassan kasvun kautta, harjoituksissa 8-12 toistoa

Maksimivoimaharjoittelu: lisää voimaa hermotuksen paranemisen kautta, harjoituksissa 3-6 toistoa suuremmalla painolla

Kestovoimaharjoittelu: lisää elimistön kykyä ylläpitää voimatasoja tarvittavan ajan, harjoituksessa 12-20 toistoa, lyhyt palautus

Nopeusvoimaharjoittelu: lisää kykyä tuottaa lyhyessä ajassa mahdollisimman suuri voimataso, harjoituksessa nopeita toistoja 6-12

Pelkkä kestävyystyyppinen harjoittelu saattaa johtaa nopeusvoima-ominaisuuksien heikkenemiseen, jolloin esimerkiksi asennonkorjaus on hidasta, vrt. liukastuminen talvella todennäköisempää.

Lihasmassan kasvua ja voiman lisääntymistä on saatu aikaan jopa yli 90-vuotiailla henkilöillä.

Alkuvaiheessa saattaa esiintyä lihasarkuutta, normaali reaktio uuteen ärsykkeeseen. Arkuutta voidaan ehkäistä hyvillä alkuverrityksillä, huolellisella jäähdytyksellä sekä voimaharjoittelun säännöllisyydellä.

Parkinson-potilailla tärkeää:

- suosi nivelten liikelaajuuksia ylläpitäviä ojennussuuntaisia ja ryhtiä ylläpitäviä liikkeitä
- ei liian suuria painoja niiden jäykkyyttä lisäävän vaikutuksen takia
- tärkeää on kiinnittää huomiota liikkeiden oikeanlaiseen rytmitykseen
- liian rankka lihaskuntoharjoitus voi neurologisissa sairauksissa uuvuttaa lihakset loppupäiväksi, vähemmän kerrallaan, mutta useammin, ”hyvinä hetkinä”
- muista myös kotona tehtävä lihaskuntoharjoitukset (käsipainot, tarrapainot, vastuskuminauhat ym.)
- liikunnan ilo, hyöty ja hyvinvointi tärkeämpää kuin tyylipuhtaat suoritukset!

Mukavia ja tehokkaita kuntosaliharjoituksia!

VÄLINEITÄ LIIKKUMISEEN

Välineet.fi on uusi toimintavälineitä sekä soveltavan liikunnan apuvälineitä vuokraavien tahojen yhteinen verkkopalvelu.

Mukana verkkopalvelussa ovat tällä hetkellä Soveltavan liikunnan apuvälinetoiminta SOLIA, Malike sekä Pajulahden Soveltavan liikunnan osaamis- ja resurssikeskus.

Tavoitteena on saada kaikkien Suomessa toimintavälineitä ja vammaisurheilun ja -liikunnan apuvälineitä vuokraavien palveluntarjoajien yhteystiedot sekä kotisivu ja varauskalenteri linkit yhteisten www.valineet.fi sivujen alle.



SOLIA

Soveltavan liikunnan apuvälinetoiminta SOLIA opastaa ja neuvoo, tarjoaa kokeilu- ja vuokraustoimintaa sekä auttaa oman välineen hankinnassa jakamalla tietoa ja antamalla asiantuntijalausuntoja. SOLIA vuokraa liikunnan ja urheilun apuvälineitä kaikille ilman vamma-, diagnoosi- tai järjestörajoja. Välineet sopivat pääsääntöisesti itsenäisesti liikkuville. Lisätietoja, p. 045 677 0518

MALIKE

Malikkeen vuokraamoista voi vuokrata välineitä käytettäväksi esimerkiksi lomalla, retkellä tai kokeiltavaksi ennen hankintapäätöstä. Vuokrausaika on 1-2 viikkoa. Lisätietoja, p. 0206 90282

PAJULAHTI

Soveltavan liikunnan välinevuokraamo on aloittanut toimintansa paikallisena välinevuokraus ja neuvontapisteinä Liikuntakeskus Pajulahdessa. Vuokraamme soveltavan liikunnan välineitä ja annamme henkilökohtaista liikunta- ja liikunnan apuvälineneuvontaa. Lisätietoja, p. 044 7755 346.



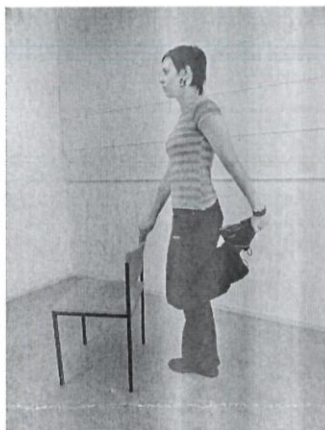
Alkuvuoden 2012 aikana on tarkoitus koota yhteen Porin alueelta löytyvät toimintavälineet (vapaa-aikavirasto, SAMK, perusturva), jolloin Porin kaupunki tulee olemaan yhtenä osana välineet.fi -sivustoa.

Lisätiedusteluja välineistä: Anna Setälä, p. 044 701 1412

Venyttely - pitää yllä liikkuvuutta, notkeutta ja nivelten hyvinvointia. Venyttely parantaa lihasten verenkiertoa ja rentouttaa.

Verryttele hieman ennen venyttelyä. Tee kaikki venytykset rauhallisesti, vältä nykiviä liikkeitä!! Pidä venytys 20–90 sekuntia, hengittäen samalla syvään ja rauhallisesti. Toista yksi liike 2-3 kertaa. Venyttäessä tuntuu venytyksen tunne, mutta ei saa tuntua kipua! Venyttele 2-3 kertaa viikossa.

Reiden etuosan lihakset



Tapa 1. Ota tukea esim. tuolista. Vedä kantapäätä kohti pakaraa. Katso, että polvi osoittaa kohti lattiaa ja että selkä pysyy suorana. Venytys tuntuu etureidessä.

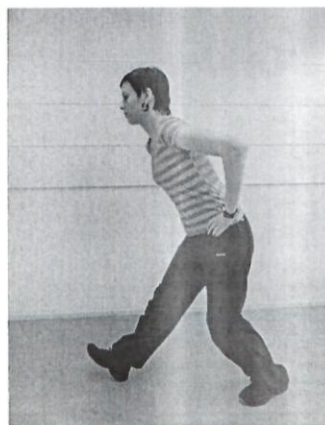
Tapa 2. Voit myös tukea jalan takanasi olevaa seinää tai tuolia vasten.

Tapa 3. Venytyksen voi tehdä myös kylkimakuulla.

Reiden takaosan lihakset

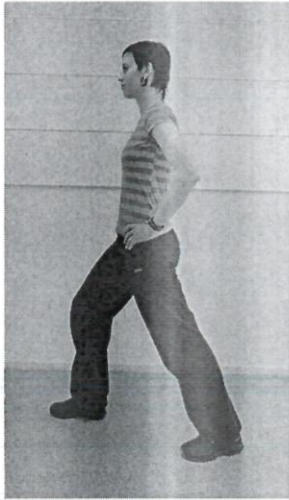


Tapa 1. Istu hyvässä ryhdissä tuolin reunalla. Voit pitää venytettävää jalkaa hieman koukussa. Vie huivi jalkapohjan alta ja vedä sen avulla varpaita itseäsi kohti niin, että tunnet venytyksen takareidessä ja pohkeessa.



Tapa 2. Ota askel eteenpäin. Pidä etummainen jalka suorana, takimmainen koukistuu. Vie rintaa kohti etummaisen jalan polvea. Tunne venytys takareidessä. Venytys on voimakkaampi, kun nostat varpaat ylös lattiasta. HUOM. Ota tarvittaessa tukea!

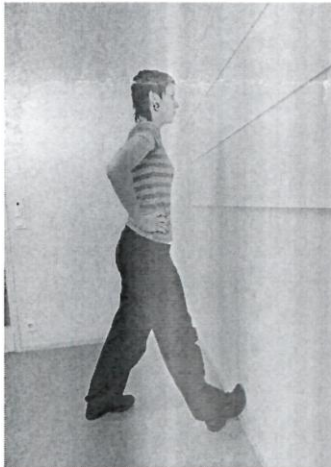
Lonkan koukistajat



Tapa 1. Ota askel eteenpäin. Pidä takimmainen jalka suorassa, etummainen koukistuu. Pidä selkä suorassa ja kallista lantiota eteenpäin, tunne venytys etureiden yläosassa!

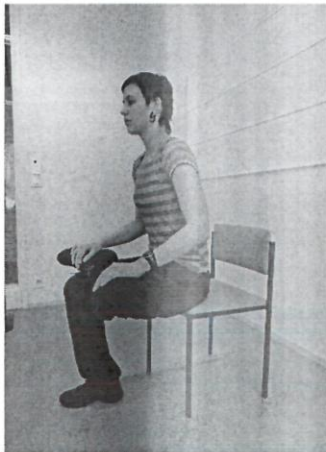
Tapa 2. Selinmakuulla sängyllä "roikota" venytettävää jalkaa laidan yli.

Pohje



Tue päkiä seinää vasten. Vie vartalo niin lähelle seinää, että tunnet venytyksen pohkeessa.

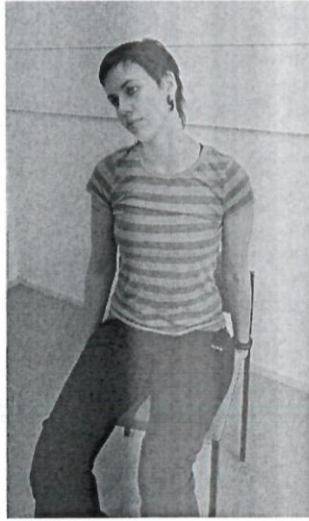
Pakaralihakset



Tapa 1. Istu tuolin reunalla selkä suorassa. Tuo toinen nilkka vastakkaisen jalan reiden päälle. Voit painaa kädellä polvesta, jolloin venytys voimistuu. Tunne venytys pakarassa.

Tapa 2. Istu tuolilla ja vie toinen jalka ristiin toisen yli.

Niska- ja hartialihakset

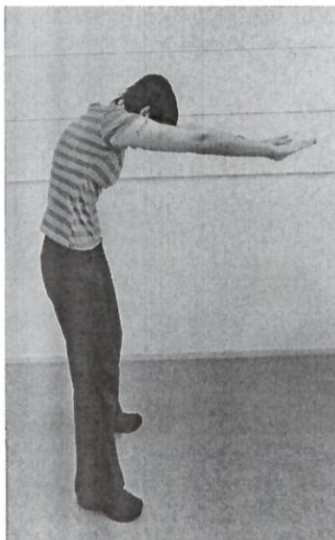
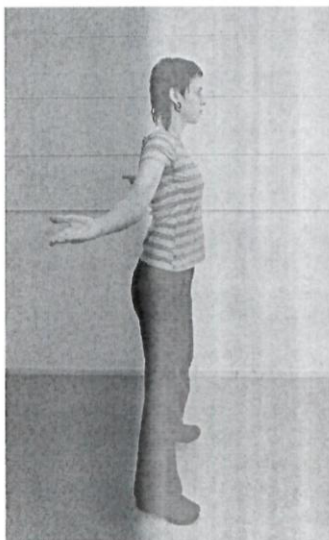


Istu tuolilla. Taivuta päätä varovasti sivulle, kohti hartiaa. Pidä hartiat koko ajan alhaalla! Venytys tuntuu vastakkaisen puolen hartialihaksesta. Venytystä tehostaaksesi, laita toinen käsi pakaralle. Vie pää etukautta toiselle puolelle.



Vie leuka kohti rintaa. Pidä ryhti hyvänä. Venytys tuntuu niskalihaksissa.

Yläselän ja rintakehän liikkuvuus



Avaa kädet auki, tunne venytys rintalihaksissa. Vie sitten kädet pitkälle eteen, pyöristä samalla yläselkä vieden lapoja mahdollisimman kauas toisistaan. Toista 5-10 kertaa.

Lopuksi pyörittele hartioita ja kierrä ylävartaloa puolelta toiselle. Ravistele käsiä ja jalkoja!

TASAPAINOHARJOITUKSIA

Tee kevyt lämmittely n. 10min.

1. Seiso jalat yhdessä. Voit sulkea silmät.
2. Seiso kantapää ja varpaat peräkkäin. Vaihtoehtona jalat melkein peräkkäin. Kokeile myös toinen jalka edellä.
3. Seiso yhdellä jalalla. Kokeile myös toisella jalalla.
4. Seiso oikealla jalalla ja siirrä vasenta jalkaa *vuorotellen eteen, sivulle ja taakse* - palauta joka kerta välissä jalka toisen viereen. Tee liike mahdollisimman ripeästi. Kokeile myös toisella jalalla.



5. Nouse varpaille ja kantapäille.



6. Nouse tuolilta ylös ja laskeudu rauhallisesti 10 kertaa.

Tee liikkeet rauhallisesti. Pidä tarvittaessa tukea. Yritä jokaisella harjoituskerralla pysyä asennossa hiukan pidempään.



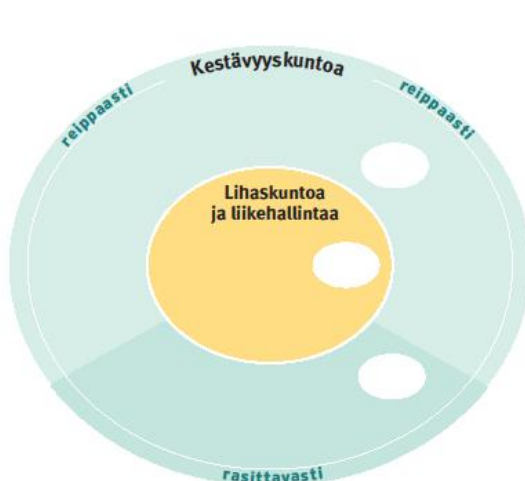
Täytettävä

LIIKUNTAPIIRAKKA

UKK-Instituutti

Soveltava viikoittainen

LIIKUNTAPIIRAKKA



Paranna **kestävyyskuntoa** liikkumalla useana päivänä viikossa yhteensä ainakin 2 t 30 min reippaasti **tai** 1 t 15 min rasittavasti.

Lisäksi kohenna **lihaskuntoa** ja kehitä **liikehallintaa** ainakin 2 kertaa viikossa.

Laadittu yhteistyössä Suomen MS-liiton kanssa.

UKK-instituutti

TERVEYSLIIKUNNAN SUOSITUS AIKUISILLE, JOILLA SAIRAUSSA TAI TOIMINTAKYVYN ALENEMINEN VAIKUTTAA LIIKKUMISTA JONKIN VERRAN.

Terveyslääkärin suositus

aikeille, joilla sairaus tai toimintakyvyn aleneminen vaikeuttaa liikkumista jonkin verran.

Terveyslääkärin suositus on liikkumista, joka edistää terveyttä ja toimintakykyä sekä kohentaa mielialaa.

Terveyttä edistää vähintään 10 minuutin reipas **kestävyystyyppinen liikkuminen**, jota kertyy viikossa yhteensä ainakin 2 tuntia 30 minuuttia. Vaihtoehtona on rasittavampi **kestävyysliikunta**, jota kertyy viikossa yhteensä ainakin 1 tunti 15 minuuttia. Myös näiden yhdistelmä on mahdollinen.

Lisäksi kaikki tarvitsevat lihaskuntoa ja liikehallintaa kohentavaa liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa.

- Liiku monipuolisesti mahdollisimman monena päivänä, ainakin kolme kertaa viikossa.
- Terveyden kannalta vähäisenkin säännöllinen liikkuminen on parempi kuin ei ollenkaan.
- Terveystyötyt lisääntyvät, kun liikut pidemmän aikaa tai rasittavammin kuin liikuntapiirakassa suositellaan.
- Soveltavan liikunnan apuvälineet mahdollistavat vaativampien liikuntamuotojen harrastamisen. Kysy lisää oman kunnan liikuntatoimesta tai www.valineet.fi

Kestävyysliikunta

- reipasta liikkumista lievästi hengästyen tai
- rasittavaa liikkumista selvästi hengästyen.
- Kehittää hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa.
- Edistää sydämen, verisuonten ja keuhkojen terveyttä.
- Parantaa veren rasva- ja sokeritasapainoa.
- Auttaa myös painonhallinnassa.

Lihaskuntoa ja liikehallintaa kohentava liikunta

- 8–10 liikettä suurilla lihasryhmillä
- 8–12 toistoa kutakin liikettä kohden
- Parantaa lihasvoimaa ja kestävyttä.
- Parantaa notkeutta ja tasapainoa.
- Lisää luun lujuutta.

Liikkuminen sopii kaikille. Kerää kokonaisuus oman maun mukaan!

Yksilöllisesti huomioitava:

Ryhmävoimaa! – liikuntaneuvontaryhmän ohjelma

19.1.2011 Nuorisotalo 14.30 – 16.30

Tutustuminen, hankkeen esittely

Henkilökohtaiset haastattelut ja sisäpelien kokeilu

Kotivoimisteluohjelman läpikäynti

26.1.2011 Nuorisotalo 14.30 – 16.30

Tasapainoharjoituksia - ohjeita kotiin

Liikuntapäiväkirjaan tutustuminen

2.2.2011 Nuorisotalo 14.30 – 16.30

Tasapainoharjoituksia - haasteita kotivoimisteluun

Erityisliikunnan palvelujen esittely, mahd. ystäväpalvelun esittely

9.2.2011 Urheilutalo Kuninkaanhaanaukio 6, 13.30 – 15.30

(HUOM. MUUTTUNUT AIKA)

Kuntosaliharjoitteluun tutustuminen

16.2.2011 Uimahalli Kuninkaanhaanaukio 2, 13.30 – 15.30

Vesivoimisteluun ja vesijuoksuun tutustuminen

23.2.2011 HIIHTOLOMAVIIKKO, ei tapaamista

2.3.2011 Keilahalli 14.30 – 16.30

Keilausta, keilauksen apuvälineisiin tutustuminen

Liikuntaohjelman suunnittelu (2 kk)

Loppukyselyn täyttäminen, keskustelua

Sovitaan kontrolli-tapaaminen 2 kuukauden päähän

Terveisin ryhmän ohjaajat Johanna ja Anna